

العناية بالشيبة

تأليف

الدكتور

محمد كامل برادة

الطبيب الخاص لوزارة المعارف العمومية
في الأمراض الجلدية والزهريّة

(حقوق الطبع محفوظة للأولف)

[الطبعة الأولى]

مطبعة دار الكتب المصرية بالقاهرة

١٣٤٥ هـ - ١٩٢٧ م

العيال السيرة

تأليف

الدكتور

محمد كامل برادة

الطبيب الخاص لوزارة المعارف العمومية
في الأمراض الجلدية والزهرية

(حقوق الطبع محفوظة للأولف)

[الطبعة الأولى]

مطبعة دار الكتب المصرية بالقاهرة

١٣٤٥ هـ - ١٩٢٧ م

فهرس الكتاب

صفحة

تمهيد :

١

الجزء الأول — الطبى

القسم الأول — الزهرى

مقدمة :

٥

الفصل الأول — وصف الزهرى وتشخيصه :

٨

الزهرى الأول ، نظرة عمومية فى الزهرى المكتسب ٨ — القرحة
الأولية ٩ — موضع القرحة ، القرحة خارج أعضاء التناسل ١٠ — أنواع
القرحة الزهرية التناسلية ، مضاعفات القرحة ١١ — تشخيص القرحة
الأولية ١٢ — الأشياء الموجهة للاشكال فى التشخيص ١٣ — الأشياء الموجهة
للاشكال فى تشخيص القرحة الأولية عند النساء ١٥ — القروح الرخوة ١٦

الفصل الثانى — الزهرى الثانوى والزهرى فى المخ والنخاع :

١٧

بعض معلومات عامة ، العلامات الباطنية ١٧ — العلامات الظاهرة ١٨ —
ما يظهر على الجلد ١٩ — ما يظهر على الأغشية المخاطية ٢٢ — التشخيص ٢٣ —
تشخيص الطفح الذى يظهر فى الأغشية المخاطية ٢٩ — الزهرى البقي ٣٠ —
زهرى المجموع العصبى ٣١ — الزهرى فى المخ ٣٢ — أمراض المخ والنخاع
القريبة من الزهرى (بارازهرى) — مرض الشلل العام للجذنين ٣٥

الفصل الثالث — الزهرى الثلاثى — الزهرى الخبيث :

٣٨

الدور الثلاثى ٣٨ — إصابات الجلد الزهرية الثلاثية ٣٩ — إصابة
الأغشية المخاطية للزهرى الثلاثى — تشخيص الزهرى الثلاثى ٤١

صفحة

٤٣

الفصل الرابع — المرض في دور الخمول والزواج :

٤٧

الفصل الخامس — الزهري الوراثي :

إصابات المفاصل والعظام . د

٥٢

الفصل السادس — علاج الزهري :

العلاج بواسطة المركبات الزرنيقية البزوية ٦٠ — أهم النقاط في علاج
الزهري ٦٠ — النظر بقة العمالية التركيب الحقن وإعطائها ٦١ — الحقن
في العضلات ٦٣ — إعطاء المستحضرات الزرنيقية بواسطة الشرج ٦٤ —
تحضير المريض قبل الحقن والعلاج وبعد الحقن ٦٥ — ما يحصل بعد الحقن
بمئات قليلة ٦٦ — معالجة عوارض رد الفعل ٦٨ — التكتلات العصبية ٦٩ —
ما لا يتفق مع علاج السلفرسان ٧٠ — الدور ٧٢ — علاج الزهري في درجاته
المختلفة ٧٣ — أحوال الزهري الأول المبكر ٧٤ — الزهري الأول المتأخر —
العلاج الموضعي للقرحة الزهرية الأولية ٧٥ — علاج الزهري الثانوي ٧٦ —
علاج الزهري الثلاثي ٧٨ — علاج الزهري الوراثي ٧٩

القسم الثاني — السيلان عند الرجال

٨١

مقدمة :

٨٣

تمهيد :

٨٥

الفصل الأول — التشريح :

قواعد عامة ٨٥ — المثانة ٨٧ — عدوى المثانة بالسيلان ٩٠ —
البروستاتة ٩١ — خواص البروستاتة ٩٣ — الحويصلة المنوية ٩٣ —
غدة كوبر ٩٤ — الخصية ٩٥ — قناة مجرى البول ٩٧ — أجزاء قناة مجرى
البول ، الجزء القدي ، الجزء الاسفنجي ٩٨ — الجزء البصيلي ٩٩ — الجزء الغشائي ،
الجزء البروستاتي ١٠٠ — معلومات عامة خاصة بتوزيع القنوات المفارقة القوية
لأعضاء تناسل الرجل ١٠٣

صفحة

الفصل الثانى — تشخيص التهاب مجرى البول الأمامى السيلانى

١٠٤ الحاد وتحت الحاد ومضاعفاته وعلاجه :

استقبال المريض ١٠٤ — الامتحان الأول ، التهاب الغلفة وبطانتها ١٠٥ —
التهاب الغلفة ، التهاب الغشاء المخاطى للحشفة (رأس القضيب) ١٠٦ — التهاب قناة
مجرى البول الحاد ١٠٧ — التهاب الغلفة ، التهاب حول الحشفة ١٠٨ — التهاب
قناة مجرى البول السيلانى ، ضرورة التشخيص ، طريقة التشخيص ١٠٩ — الفحص
عن البروستاتة والحويصتين المنويتين ، البروستاتة الطبيعية ، حجم البروستاتة ١١٠ —
الحويصلة المنوية والقناة الناقلة للى ١١١ — التهاب الجزء الأمامى لقناة مجرى
البول ، العلاج العام لالتهاب الجزء الأمامى لقناة مجرى البول الحاد ١١٢ —
العلاج الطبى للسيلان ١١٣ — العلاج الموضعى (الغسيل والحقن) ١١٤ —
التهاب القسم الأمامى لقناة مجرى البول تحت الحاد ١١٦ — ملاحظات خاصة
بغسل وحقن القسم الأمامى لقناة مجرى البول ، أنواع الحاقنات التى يوصى
باستعمالها ١١٧ — ملاحظات عن استعمال محلولات أخرى ١١٩ — الاحتباس
البولى الحاد ١٢٠ — المضاعفات الاعتيادية لالتهاب القسم الأمامى لقناة مجرى
البول الحاد ، التشخيص والعلاج ١٢١ — علاج هذه المضاعفات ١٢٣ —
العلاج المبكر الواقى من السيلان ١٢٦ — ملاحظات عن أسباب تعكير البول ،
الحيوط فى البول ١٢٨

الفصل الثالث — تشخيص وعلاج التهاب القسم الخلفى لقناة مجرى

١٣٠ البول الحاد وتحت الحاد ومضاعفاته :

التهاب السيلانى للقسم الخلفى لقناة مجرى البول والتهاب البروستاتة ١٣٠ —
علاج التهاب الحاد وتحت الحاد للقسم الخلفى لقناة مجرى البول ١٣١ —
العلاج السابى لالتهاب البروستاتة ، علاج البروستاتة فى بدء التهاب ١٣٢ —
العلاج الموضعى لالتهاب القسم الخلفى للمجرى والتهاب البروستاتة ١٣٣ — غسل
القسم الخلفى ، الدلك البروستاتى ١٣٤ — علامتنا الخطر (ارتفاع فى الحرارة
وروجود فى الدم) ١٣٥ — طريقة العلاج الفعال لالتهاب القسم الخلفى لقناة
مجرى البول والتهاب البروستاتة ، الغسل والتدليك (أربعة أسابيع ونصف) ١٣٦ —

صفحة

نصبة الوداع للربض ١٣٨ — التهاب البربخ ، العوارض والعلامات ١٤٠ —
 الباثولوجيا ١٤١ — التشخيص ، التدرجات غير المتطو في الجزء الكبير من البربخ
 (التدرجات في القناة الناقلة التي مع تدرجات في الحويصلة المنوية و يكون قادوا
 في البروستاتة) ١٤٢ — التهاب البربخ نتيجة عدوى الباشيلوس كولون الخ ، علاج
 التهاب البربخ الحاد ١٤٣ — التهاب الحويصلة المنوية الحاد وتحت الحاد ١٤٥ —
 التهاب الحويصلة المنوية ، العوارض والعلامات ، التشخيص ١٤٦ — علاج
 التهاب الحويصلة الحاد وتحت الحاد ، الالتهاب الحاد (العلاج) ١٤٩ —
 الالتهاب تحت الحاد (العلاج) ، الالتهاب المزمن (العلاج) ١٥٠ — التهاب
 الحويصلة والفالكسين ١٥١ — عمليات التهاب الحويصلة ، ملاحظة ١٥٢
 الفصل الرابع — السيالان الدوري (الروماتزم المفصلي السيالاني) :
 معلومات عامة ، باثولوجيا الروماتزم السيالاني ١٥٥ — الحاد ١٥٦ —
 الالتهاب فوق الحاد ، الالتهاب المزمن وغير المزمن ١٥٧ — العلاج العام ١٥٨ —
 علاج الأحوال الحادة وفوق الحادة ١٥٩ — علاج الأحوال المزمنة ١٦١ —
 الروماتزم المفصلي السيالاني والقدم المنوطح ، داخل الحذاء ، التهاب السحاق العظمى
 للسيالان ١٦٢

١٦٣ الفصل الخامس — تشخيص وعلاج السيالان المزمن :

مقدمة ، تعريف السيالان المزمن ١٦٣ — طريقة الفحص ١٦٤ —
 الفحص الأول ١٦٥ — فحص البروستاتة والحويصلة والقناة الناقلة التي عن
 طريق المستقيم ١٦٦ — الفحص بمنظار المجرى الكهربي ١٦٧ — علاج
 مضاعفات القسم الأمامي للمجرى ، التهاب البروستاتة المزمن ، التهاب البربخ
 المزمن ١٦٨ — علاج التهاب البربخ المزمن ١٦٩ — التهاب الحويصلة المزمن ،
 فحص حالة سيالان مزمن وعلاقتها بعدوى سيالانية جديدة ١٧٠

١٧٢ الفصل السادس — المنظار المجري الكهربي :

اعتبارات عامة ١٧٢ — الفحص المجري الكهربي للتقسيم الخلفي لقناة
 مجرى البول ، منظار المجري الكهربي ١٧٥ — منظار الجزء الأمامي للمجرى
 بواسطة المنظار المجري الكهربي الهوائي ، مناظر المجري بالمنظار : الحالة الطبيعية

لغشاء المخاطي ١٧٩ — الغدد والفتوة الكبيرة الضيقة ، الفتوة الكبيرة ١٨٠ —
الحفرة الزرقية والصباح ١٨٢ — أمراض القنويات والغدد والدهاليز والخزاجات
والقنويات حول المجرى ، التغييرات في الغشاء المخاطي ١٨٣ — الالتهاب
المجري البصيلي أو الالتهاب الجاف ١٨٤ — الثقرحات ١٨٧ — الضغط
داخلي المجري ، التهاب المجري الصدفي ١٨٨ — الترشيحات الرخوة (مبدأ المضايق
الرخوة ، الباتولوجيا ١٨٩ — مواضع الرشخ الرخوة ، قيمة المجسات والموسعات
١٩٠ — العلاقة ما بين الرشخ والعدوى ، كيف يسقى المرضى باستعمال الموسعات
١٩٢ — الرشخ انصباب أو الرشخ اللينى ، تقسيم الضيق ١٩٣ — تشنج العضلة
العاصرة للمجوى ١٩٥

١٩٧ الفصل السابع — الرشخ والمضايق :

شرح طبيعتها ، علاجها ، الآلات التي تستعمل في ذلك ١٩٧ — النتائج
المحزنة ، مواضع الضيق السيلائي ١٩٩ — متى يحصل الضيق السيلائي ، باتولوجيا
الضيق ، تشخيص المضايق الرخوة ٢٠٠ — علاج الرشخ والضيق الرخوي ٢٠١ —
تقسيم المضايق الصلبة أو الليفية ٢٠٢ — علاج المضايق الصلبة أو الليفية ٢٠٣ —
طريقة استعمال موسع كولن ٢٠٥ — ادخال المجسات ٢٠٧ — تحذيرات
واقترحات للبندى ٢٠٨ — الآلات المستعملة للتوسيع ٢٠٩ — القساطر
والمجسات ، أنواعها وقياسها ٢١٠ — حفظ موسعات كولن ٢١٣

٢١٤ الفصل الثامن — مقياس الشفاء :

ضرورة اتخاذ أقوى مقياس للشفاء ٢١٥ — المرضى الذين عرضوا
أنفسهم للتخص قبل الزواج بوقت قصير ٢١٨

القسم الثالث — السيلائي عند النساء

٢٢٠ مقدمة :

٢٢٣ الفصل الأول — التشريح :

المبيض ٢٢٦

صفحة

٢٢٧ الفصل الثاني — السيلان كما نشاهده في العيادة السرية :

فحص المهبل والعنق ٢٣١

٢٣٤ الفصل الثالث — علاج السيلان عند النساء :

العلاج العام ٢٣٤ — العلاج الموضعي ٢٣٥ — نصائح وتعالجات تعطى للمرضى ٢٣٧

١٣٩ الفصل الرابع — مضاعفات السيلان عند النساء وعلاجها :

خراج غدة بارت (بارتولينى) عدوى قناة مجرى البول وقناة اسكين والقنساء
حول المجرى ٢٣٩ — التهاب المثانة ٢٤١ — التهاب فى حوض الكلية ٢٤٢ —
التهاب الفرج والتهاب المهبل الحاد ، التهاب العنق ، التهاب الرحم ٢٤٣ — التهاب
البوق المبيض ٢٤٤ — التهاب البوق الصديدي ، التهاب البريتونى ٢٤٥ —
الحمل ، الصنط التناسلى ٢٤٦ — المستقيم ٢٤٨

٢٤٩ الفصل الخامس — السيلان عند البنات (الأطفال) :

العدوى غير المباشرة ٢٤٩ — العوارض ، امتداد المرض ٢٥٠ —
علاج السيلان عند الأطفال (البنات) ٢٥١

٢٥٣ القسم الرابع — إصابة العين بالسيلان

٢٦١ القسم الخامس — البكتريولوجيا :

تشخيص الزهري فى المعمل ٢٦١ — البحث عن الاسبيروشيت
فى القرحة ، تفاعل رازمان ٢٦٤ — كيف تؤخذ (عينة) أمثلة الدم للفحص ،
كيف يؤخذ مثال (عينة) من سائل النخاع للفحص ٢٦٥ — تشخيص السيلان
فى المعمل ، عدوى السيلان الحادة ٢٦٨ — العدوى السيلانية المزمنة ٢٧١ —
الذكور ٢٧٣

الجزء الثاني — الأحوال الاجتماعية والإدارية

الفصل الأول — الأمراض الزهرية في الهيئة الاجتماعية : ٢٧٥

مقدمة : ٢٧٥

ملاحظات انتشار الأمراض الزهرية وملخص عن نتائجها ٢٧٦ — انتشار
الأمراض الزهرية ٢٧٨ — نتائج الأمراض الزهرية التولوجية ٢٧٩ —
الإحصائيات الرسمية عن الوفيات في الولايات المتحدة الأمريكية ٢٨١ —
الوفيات ٢٨٢ — تسجيل الوفيات في سويسرا ٢٨٣ — رجاء وضع طريقة
قائمة تعتمد عليها في التنبؤ عن الوفاة وأسبابها والحاجة إلى نشرها ونشرها
دولياً ٢٨٤ — أحوال شاذة ناتجة عن الأمراض الزهرية ولكنها لا تحدث
وفاة ٢٨٥ — أمراض الأذن والصمم : نتائج الأمراض الزهرية من الوجهة
الاقتصادية ٢٨٦ — ملاحظي العجزة والأمراض الزهرية ، الشاغل العام للجائين
٢٨٧ — عدم القدرة الوقى عن المعدل ٢٨٨

الفصل الثاني — في منع الأمراض الزهرية : ٢٩١

الدين والآداب ٢٩٢ — الخوف على النفس ، الخوف على الآخرين ،
الازدراء (السقوط من العين) أمام الشريكة (وهي المرأة) ٢٩٦ — التربية
في الدائرة الطبية الفنية ٢٩٧ — الأطباء ٢٩٨ — إنشاء مكتب رئيسي لتوزيع
أحدث المعلومات الفنية المستحدثة الخاصة بالأمراض الزهرية ٢٩٩ — الجمهور ،
الجمعية ، المؤسسة للأمراض الزهرية والمجلس الأهلى لمقاومة الأمراض الزهرية
(في بريطانيا) ٣٠١ — ميل الشعب إلى معرفة بعض معلومات فنية وثيقة خاصة
بالأمراض الزهرية : شرائط ستاندرافية ٣٠٢ — تعليم القبايل شتبا عن الأمراض
الزهرية ٣٠٦ — الصحة والجماع غير المتظم ٣٠٧ — الإجراءات الطبية
والصحية الوقائية ، مقدمة ، الاحتياطات الوقائية الشخصية ٣٠٨ — العلاج الوقائي
المبكر ، الاعتراضات على العلاج الوقائي المبكر ٣١١ — نبذة من تقرير فرع الجمعية
الطبية لمقاومة الأمراض الزهرية موزعة على الذين سينظمون في سلك الجندية الوقاية
من الأمراض الزهرية ٣١٢ — نتيجة الخلاصة ٣١٤ — العلاج الاعتيادى
في العيادات السرية ٣٢٠ — مسألة النساء ٣٢٢ — تقصير المرضى في المواظبة

صفحة

على الحضور بالعيادات ٣٣٣ — التبليغ الاجبارى : تمهيد ٣٦٥ — هل التبليغ
الاجبارى مرغوب فيه ، حقيقة ٣٢٦ — التبليغ عن الأمراض الزهرية : آراء
وثيقة ٣٢٧ — الآراء ضد التبليغ عن الأمراض الزهرية ٣٣٠ — الخلاصة ٣٣٣

٣٣٥ الفصل الثالث — حصر الدعاية — البيوت ذات الرخص :

علامة الأمراض الزهرية بالنزاع والدعاية ، البيوت ذات الرخص ، المسألة

كما هي ٣٣٩

٣٤١ الفصل الرابع — الجمعيات المساعدة :

المجلس الأهلى لمحاربة الأمراض الزهرية فى بريطانيا ٣٤١ — الغرض من
الجمعية ٣٤٢ — جمعية منع الأمراض الزهرية ٣٤٥ — جمعية الآداب
الاشتراكية الصحية ، غرض المحافظة الدولية للإلغاء ٣٤٧ — أغراض الفرع

البريطانى ٣٤٨

٣٤٩ الفصل الخامس — علاقة الطبيب بالمرضى الذين يعودون العيادات

السرية :

رئيس الأطباء وساعده ٣٥٢

٣٥٤ الفصل السادس — الثمانون والطبيب :

التبليغ الاجبارى عن الأمراض الزهرية ٣٥٤ — قوانين وجب
منها ، موقف الطبيب كمناهد فى المحكمة اذا دعى لشهادة ٣٥٥ — حاشية نمرة ١ ،
جهاز العيادة السرية : قسم الزمى ٣٥٧ — آلات ٣٥٩ — كشف
المعدات اللازمة للعيادة ٣٦٠ — حاشية نمرة ٢ ، ٣٦٢ — حجرة التوسيع
٣٦٤ — حجرة رئيس الأطباء ٣٦٥ — معدات حجرة صغيرة للعيادة ٣٦٦ —
حجرة علاج الضيق ٣٦٧ — منضدة قمتعمل للرجال والسيدات ٣٦٨ —
حاشية نمرة ٣ ، جهاز العيادة السرية لمرضى السيلائن من السيدات ٣٦٩ —
حاشية نمرة ٤ ، النموذج من النصائح التى توزع على المرضى بالجمهور ٣٧٥ —
حاشية نمرة ٥ ، طريقة بسيطة لتخفيف المحاولات المركزة الى النسبة المرغوبة
للاستعمال ، القياس المتزى ٣٧٨

٣٨١

خاتمة فى الإلغاء والترخيص

فهرس اللوحات

نمرة اللوحة	صفحة
١ —	(أ) قرحة منحجرة في الصاخ البول (براون) ، (ب) قرحة منحجرة أولية قريبة من التاج (براون) ١٠
٢ —	قرحة منحجرة أولية في اللثة (براون) ١٢
٣ —	قرحة منحجرة أولية في الشفر الأيمن مصحوبة بفتح حلمي (مراسك) ١٤
٤ —	قرحة منحجرة متأخرة في الشفر الأيسر مصحوبة بورم (مراسك) ... ١٦
٥ —	قرحة منحجرة أولية في العنق (مراسك) ١٨
٦ —	قرحة منحجرة أولية في الشفة السفلى (مراسك) ٢٠
٧ —	قرحة منحجرة أولية في السبابة (يعقوب) ٢٢
٨ —	قرحة منحجرة أولية في اللسان (مراسك) ٢٤
٩ —	قرحة منحجرة أولية في اللوزة اليسرى (يعقوب) ٢٦
١٠ —	(أ) قرحة رخوة في الغلظة ، (ب) قرحة رخوة في الشكال ... ٢٨
١١ —	الزهرى الثانوى ، طمخ حلمي وردى (مراسك) ٣٠
١٢ —	الزهرى الثانوى ، طمخ حلمي تدمي (يعقوب) ٣٤
١٣ —	الزهرى الثانوى المتأخر ، الجلد الأبيض العنق (مراسك) ... ٣٤
١٤ —	الزهرى الثانوى المتأخر ، طمخ حلمي ثعباني ٣٦
١٥ —	زهرى متأخر ، تقرحات في الحنك الرخو (مراسك) ٣٨
١٦ —	الزهرى الوراثي ، طمخ حلمي وردى (يعقوب) ٤٧
١٧ —	الزهرى الوراثي ، طمخ حلمي صليدي (مراسك) ٤٨
١٨ —	الزهرى الوراثي ، أسنان هاتشسون ٥٠

فهرس اللوحات

(ل)

نمرة اللوحة	صفحة
١٩ —	(١) خراج بسيط في غدة لتر . (٢) نفس الخراج بعد الكي بالكهر باء . (٣) دهليز بسيط يرشح صديدا . (٤) التهاب غددى شديد في المجرى . (٥) ترشيع رخوى ١٨٤
٢٠ —	(١) ممر غريب . (٢) بوليپوس في المجرى . (٣) كيس في غدة كوپر ١٨٥
٢١ —	(١) ضيق في الجزء البصلى . (٢) ذات الضيق بعد توسيع قاييل . (٣) ذات الضيق بعد التوسيع ١٩١
٢٢ —	(١) ضيق شديد . (٢) ذات الضيق بعد علاج أسبوعين . (٣) ضيق كبير الحجم . (٤) مضايق متعددة ١٩٣
٢٣ —	التهاب سيالانى مجرى حاد ، التهاب خدة بارث ، صمط تناسلى ٢٢٨
٢٤ —	(١) الأسپيروشيت بوايدا ، تلوين چسا . (٢) الأسپيروشيت بوليدا ، التلوين بنترات الفضة ٢٦٣

تمهيد

الغرض من هذا الكتاب هو إعطاء معلومات مفيدة مختصرة حديثة للأطباء المبتدئين في الأمراض الزهرية ولكن طرق العلاج وأصطلاحاته إنما هي نتيجة مباحث شخصية على أحدث الطرق ولذلك استلزمت الإيضاح والتفسير للأطباء الذين يلزمهم أن يفهموا وصف هذه الأمراض ليتمكنوا من شرح ذلك للعامة في عياداتهم الخصوصية وقد قسمت كتابي هذا الى قسمين :

(الأول) وهو القسم الطبّي به وصف الأمراض والعلاج الحديث للزهرى والسيلان .

(والثاني) مختص بالاجراءات الاجتماعية والادارية التي اتخذت أو يجب اتخاذها لمكافحة هذه الأمراض ويوجد ضمن حواشي هذا الكتاب بيان خاص بما تحتاجه عيادة قسم الزهرى من أحدث التجهيزات وقد أشرنا أيضا بصفة خاصة الى الأشياء المهمة التي يجب على الطبيب معرفتها كما بينا بالمجمل الطبية الأمور التي تتعلق بالانحطاط الاجباري (التبليغ) وبيننا أيضا طريقة الاحتياط الشخصي لمنع العدوى أو إجهاضها فيرى من ذلك أن هذا الكتاب ذو نفع عظيم ونادر في بابه .

إن مركز الأمراض الزهرية المقرّر لها في التعليم الطبّي قد تغير كثيرا عن ذي قبل ولكن معرفة هذه الأمراض وتدريسها كمراض خاص بشهادة خاصة لم يكن وقته بعد ولذلك يظن كثير من الناس بحق أن التعليم

ناقص من هذه الوجهة في الدراسة الطبية وأن ذلك راجع للاعتماد على أن التلميذ يحصل على معلومات هامة في الدائرة الطبية أثناء الدراسة للأمراض المختلفة من الباطنية إلى الجراحة ومن الجراحة إلى العيون الخ فلا يكاد يمتز يوم على التلميذ حتى يرى بعيني رأسه ما يحدثه الزهري في مختلف الأقسام فيسمع كثيرا عن تأثير الزهري في مختلف الأشخاص أكثر مما يسمع عن تشخيص الأمراض وإذا يمكننا أن نوقن بأن التلميذ لا يكاد يقضى سنى الدراسة الطبية دون أن يكون عنده معلومات عمومية خاصة بما يحدثه الزهري في أعضاء الجسم المختلفة من الأمراض ولكن مع الأسف لا يمكن أن يقال إن التلميذ في هذه الدراسة يحوز قسما وافرا من المعلومات تؤهله لعلاج هذا المرض في مبدئه الأقل حينما يكون الشفاء متيسرا .

ثم إن الاحساس والشعور منتشران بين العامة والخاصة أيضا الآن بانتشار هذه الأمراض مع عدم توفر طرق العلاج الوافية .

لا شك أن هذا يجعلنا في مركز رجمي فالأطباء في هذه المسألة وراء الجمهور وكان الواجب أن يكون الجمهور وراء الأطباء . ويجب علينا أن نعلم الطبيب الطرق الجديدة والاجراءات الحديثة الموصلة لشفاء هذا المرض ولا يمكن ذلك في الغالب إلا بتمرين خاص بعد انتهاء سنى الدراسة الطبية وبشهاد لذلك ما قرره العلامة «نورس» بصدد هذه الأمراض ومصائبها وما يحدثه انسيان في النساء من الفتك العظيم والضرر الجسيم الناشئ عن انحلال القوى وفقر الدم واصفرار اللون مما لا يحدثه ألد الأعداء للإنسان فقال :

”لا شك أنه لا يوجد مرض معروف للجامعة الطبية يسبب ألماً
وحزناً في الحياة الحديثة أكثر من السيالان“ . وقد قال العلامة نيسر :
”إن السيالان هو ثاني مرض منتشر في الدنيا بعد الحصبة“ .

”إن مضاعفاته تسبب في بعض الأحوال الانتحار الأدبي للأُمم
فالعلم والإجهاد عاملان قويان لتلاشي سكان أي أمة“ .

إن عدد الوفيات الناشئ عن هذا المرض لا يمكن إحصائه مباشرة
ولكن مما لا شك فيه أنه كبير ففي معظم الأحوال تقيد الوفيات تحت عناوين
أخرى في الإحصائيات وذلك بسبب الشكوى من ضعف هذه الطريقة
الإحصائية المتبعة لأنها تضيع علينا مستندات نوية عن هذا المرض ،
فالعلامة ”نجاس“ يقول : إن في مدينة لندن وحدها يوجد زيادة عن ١٠ ٪
من السكان مصابين بالزهرى ، وإحصاء آخر يقول : إن في بريطانيا العظمى
وحدها مائة ألف شخص يصابون سنوياً بهذه الأمراض ويثبت صحة هذه
النسبة ما يوجد في الولايات المتحدة بأمريكا من أن أكثر من ١٠ ٪ من
السكان مصابون بهذه الأمراض ولم تقصد مطلقاً بذكر هذه الإحصائية
المبالغ أو التحويل بل بالعكس ربما زادت الأرقام عن ذلك .

هذا مما يزيد حكماءنا عناية ونشاطاً لتحمل المسؤولية المهمة المطلوبة
منهم لمكافحة هذه الأمراض وعلاجها وتجعلهم ينتهزون كل فرصة يطلعون
فيها على مستحدثات الطرق العلاجية لها فإن ذلك خير سلاح يقابل به
هذا الوباء .

فالقسم الطبى من هذا الكتاب مختصر ومتين وقد جعلت فيه بابا خاصا بمرض السيالان عند النساء به كثير مما يلزم الطبيب الوقوف عليه وقد اجتهدت فى اختيار أحسن ما كتب فى ذلك ووضعته فى أكمل تنسيق وأضفت الى ذلك تجاربي فى السنين الكثيرة التى قضيتها فى ممارسة هذه الأمراض مع مراعاة أحوالنا وعاداتنا الشرقية وكل النظريات التى بهذا الكتاب هى النظريات المقبولة والمتفق عليها عند الجميع ولم أتعرض مطلقا لنظرية فيها شك أو جدل لأن هذا ليس محله .

وقد اجتهدت أيضا فى شرح الأمراض وعلاجها بطريقة مستوفية مع ما يهم الانسان من التأثيرات الاجتماعية فى كل جزئية حتى إنه يمكن لأناس غير أطباء أن يقتنوا هذا الكتاب فان مكافحة هذه الأمراض لا تنأت من الأطباء وحدهم بل تنأت من الأطباء بمساعدة الجمهور ، وان أى نظرية يفهمها الجمهور على عكس ما يقصد منها تكون شديدة الضرر والأذى فيلزمنا حينئذ أن ننبه الجمهور الى أن هذه الأمراض منتشرة فعلا انتشارا فظيعا ومسببة لأمراض كثيرة والى أن هناك طرقا لإيقاف انتشار هذه الأمراض وتقليل ضررها فعند ما يفهمها الجمهور لا نشك فى أنه لا يتأخر أى انسان عن مساعدة الطبيب .

الجزء الأول

الطبي

القسم الأول - النهرى

مقدمة

إنه كلما يادر المريض بالحضور الى الطبيب لمعالجة نفسه وكلما يادر الطبيب بالتحقق من تشخيص المرض كان النجاح على الدوام حليفهما .
وأن الفحص عن الأسبيريوشيت فى المصل من القرحة الزهرية بالفحص الميكروسكوبى بواسطة طبيب مختزن لا شك أنه يعطينا نتيجة إيجابية قبل ما نحصل على طريقة وازرمان الإيجابية فالدم والعلاج فى هذا الوقت مثير وناجح ولكن من المحزن أن هذه الفرصة الناقصة غير معتنى بها من الأطباء فكثيرا ما نلاحظ أن المرضى يحضرون إلينا فى الدور الثانى مع أنه كان من السهل جدا تشخيص المرض فى الدور الأول فلا شك أنهم فقدوا وقتنا ثمينا للعلاج والحصول على الشفاء الذى لا يحتمل إدراكه فى هذا الوقت .

فإذا كان الطبيب لا يمكنه عمل الفحص الميكروسكوبى بنفسه فيمكنه أن يطالب مساعدة المختصين بذلك للفحص عن الاسبيروشيت فى المصل المأخوذ من القرحة ويمكنه أيضا أخذه بنفسه بصفة مثال (عينة) فى أنبوبة والاشتراك مع غيره ممن لهم دراية بهذه الأحوال وأنه من الصواب أن ينصح لمرضى الزهرى بالحضور فى عيادات الأمراض الجلدية لأن ذاك له فائدتان :

(الأولى) أنه ليس هناك عار على أى شخص فى الحضور الى عيادة الأمراض الجلدية .

(الثانية) أن تشخيص مختلف الأمراض بواسطة علامات جلدية لا يمكن الطالب أن يفهمه جيدا .الم يكن فى وسعه شرح الأمراض الجلدية . فالباحث النبيل يتعلم بسرعة كيف يلتقط تشخيص مرض من آخر وتقدير توزيعاته وتمييزه عن الأمراض الأخرى ومن الضروري جدا أن يعلم الطالب أنه لا ياجأ الى الأبحاث الباتولوجية قبل ما يكون أفرغ جهده فى معرفة المرض بواسطة العلامات الظاهرة .

طريقة وازرمان — لا يمكن إنكار فائدتها عند ما تعمل بواسطة طبيب متمرن ولكن يلزمنا ألا ننسى أن تقابل نتيجتها بما هو موجود أمامنا من الأعراض وبالمخصوص علاج الزهرى لا يمكننا أن نتقيد فيه بقاعدة ما فكل مريض يحتاج الى انتباه شديد ومنهج يختلف كثيرا عن غيره ومن السخافة الممقوثة جدا أن يتخذ الطبيب منهاجا خاصا يجعله

قاعدة له لمداواة مرضاه نخير له ألا يداوى المرضى وخير للمرضى ألا يتداووا
عنده .

إن طرق العلاج المذكورة هنا لا يمكن اتخاذها قاعدة ولكنها أسست
بعد تجارب كثيرة في بلادنا هذه ومستفادة من مقتطفات عن أقطاب
مشهورين بهذه الأمراض فيمكن القارئ انتخاب ما يراه مناسباً لمريضه
مع العلم بأنها دائماً في تغير نظراً للمستكشفات الحديثة .

الفصل الأول

وصف الزهري وتشخيصه

الزهري الأول

التعريف — الزهري مرض معد بواسطة اللس وينتشر في عموم الجسم ، وفي سنة ١٩٠٥ استكشف العلامة تان شون وهوف مان الاسبيروشيت بوليدا وأن العدوى تحصل غالبا من الجماع . فالإنسان دائما صالح للعدوى وفيه قابلية لها وأن سلامة الإنسان منها لا توجد .

نظرة عمومية في الزهري المكتسب

تظهر القرحة الزهرية بعد ما ينقضي دور الحضانة ومدة هذا الدور تختلف كثيرا ما بين عشرة أيام الى خمسة أسابيع وتمتد في النادر الى ثلاثة أشهر من تاريخ التعرض للعدوى وهذه القرحة هي نتيجة مقاومة الأنسجة لمهاجمة الاسبيروشيت موضعيا وبعد مضي أسبوع من تاريخ ظهورها تتضخم وتتحجر الغدد اللمفاوية المتسلطة على موضع القرحة ويعبر عن هذا التضخم بالخيرجل الزهري وبعد مضي ستة أسابيع من تاريخ ظهور القرحة يظهر الزهري بشكله الثانوي وهو التعميم وعلامات الزهري الثانوي تظهر غالبا في الجلد والأغشية المخاطية وفي المجموع العصبي وذلك بعد وقت يختلف كثيرا بين سنتين وثلاثين سنة .

تهلك الأسبيروشيت ولكن بعضها يبقى في مواضع مختلفة من الجسم
ومما يؤكد بقاء ذلك وجود وازرمان إيجابي مع عدم ظهور أو وجود أى
علامات سطحية ظاهرية في الجسم وفي هذه الحالة يمكن رؤية نكسة
زهريّة في أى موضع من الجسم بشكل جامدة (ورم صمغى) في الجلد
أو النسيج الذى تحت الجلد أو الأغشية المخاطية أو الأعضاء ويعرف هذا
عند بعضهم قديما بالزهري الثلاثى .

إن تقسيم الزهري الى أولى وثانوى وثلاثى لا يقصد منه إلا التعبير
عن المدة التى مضت من تاريخ العدوى لأننا نرى الآن كل دور يتدرج
فى الذى بعده بدون أن يشعر المريض .

القرحة الأولية

القرحة الأولية تبدئ كنقطة التهاب حمرة وتكون سريعا على شكل
عدسة وسرعا ما تمتد ويتقشر السطح الجلدى وفي أيام قليلة تتكون
وتتججر وأن تكون التحجر فى ذاته هو القرحة الأولية .

وفى أغلب الأحيان نرى القرحة الأولية كتسلخ أو شق أو تقرح
يسير يعطى قليلا من الصديد ويفقد درجة التحجر فى النادر .

القرحة الزهريّة تكون عادة واحدة ولكن فى بعض الأحوال لتتعدد
والظهور بهذا الشكل المتعدد إما أن يكون دفعة واحدة وإما أن يكون
فى أثناء الأسبوع الأول من تاريخ القرحة الأولى .

القروح المتعددة تظهر بنسبة ١٨ ٪ من مجموع الإصابات .

القرحة تشفى عادة في مدة أربعة أسابيع إلى ستة ولكن التحجر يكون له أثر يبق في موضع القرحة بضعة شهور وقد يبقى هذا الأثر في النادر بضع سنين ومن النادر جدا أن يتكس المريض وتسمى القرحة الزهرية حينئذ المتكسة .

موضع القرحة

القرح إما أن تكون تناسلية أو تكون خارج أعضاء التناسل .
الموضع المعتاد هو تناسلي وتظهر غالبا في التاج أو في الحشفة أو في طرف الغلفة وفي بعض الأحيان في جسم القضيب وفي الصماخ البولي والقناة البولية والصفن وكثيرا ما يسمو الطبيب عن قرحة الصماخ البولي وقرحة القناة البولية مع أننا نجوّد لمسها نجد التحجر النوعي موجودا ويظهر التحجر في أكل شكله خلف التاج ويكون أقل وضوحا في جسم القضيب وعديم الوضوح تقريبا في القرح التي بالغلفة .

وفي النساء تظهر غالبا في الشفرين الكبيرين وبنسبة أقل في الشفرين الصغيرين والشوثة وعق الرحم والمصعوص وفي فتحة قناة مجرى البول والمهبل ولا ينتظر أن يكون التحجر واضحا بشكله الأكل في هذه المواضع نظرا لرخاوة الأنسجة .

القرحة خارج أعضاء التناسل

تظهر هذه القرحة غالبا في الشفة السفلى ثم العليا أو وجة الخد أو السبابة وقد تظهر أيضا في اللسان وفي تجويف الفم واللوزتين .



- (أ) قرحة منحجرة في الصمغ البسولي (براون) .
(ب) قرحة منحجرة أولية قريبة من الناج (براون) .

فإصابة الأصابع تكون عادة في الحكاء والمولدات نظرا لتعرض الأصابع للعدوى وقت الفحص عن المرض .

وقد تظهر القرحة الأولية أيضا في حامة الثدي وفي الشرج .

أنواع القرحة الزهرية التناسلية

(١) القرحة التأكلية — هي عبارة عن قرحة متحجرة ومتقرحة ومغطاة بصديد أسمر مصفر .

(٢) القرحة المتقرحة — يمتد تقرح القرحة داخل الأنسجة ويحصل بعض تعفن موضعي وانفصال للأنسجة وفي هذه الحالة يكون التحجير موجودا بأكمل شكله .

(٣) العدسة المتحجرة تختلف عن النوعين السابقين لعدم وجود تقرح في الجلد تظهر دائما بشكل درنة بلون أحمر قاتم ذات حدود ظاهرة وقت اللس وفي بعض الأحوال يكون سطحها مغطى بقشرة خفيفة حتى إذا ما أزيلت وجدناها غائرة قليلا في وسطها .

مضاعفات القرحة

يتغير معظم هذه الأنواع الثلاثة كثيرا نظرا لحدوث مضاعفات موضعية أهمها :

(١) الالتهاب البسيط نتيجة العدوى بميكروبات صديدية فتظهر القرحة بشكل ملتهب حاد ذات هالة حمراء متورمة وفي هذه الحالة يظهر ويتكون الخيرجل .

(٢) أن يحصل التطعيم (العدوى) بميكروب القرحة الرخوة وفي هذه الحالة تأخذ القرحة الأولية شكل القرحة الرخوة ويحصل بعض تعفن سطحي في الأنسجة وتتغير حافة القرحة فتصير غير منتظمة ولو أنها تكون متحجرة قليلا .

(٣) يحصل تضخم ونمو في الأنسجة فوق سطح الجلد الطبيعي .
(٤) القرحة المتعفنة المتأكلة . يغلب ظهور هذا النوع في العدوى المزدوجة (القرحة الزهرية والقرحة الرخوة) وفي الأشخاص الضعفاء أو في الأشخاص الذين استعملوا علاجا مضرًا كالكي أو الالتهاب ويظهر هذا التعفن بغتة وبدون سابقة وفي بعض الأحوال يحدث غرغرينة موضعية وفي البعض الآخر يكون ظهوره ببطء .

أول شيء يظهر بعد ظهور القرحة الأولية هو الخرجل الأقل وهو عبارة عن الغدد اللفاوية الملتببة المتحجرة التي لا تحدث ألبا موضعيا إلا باللس .

هذه الغدد تكون في ابتدائها متحركة ملتببة تحدث إحساسا جسم غريب صلب تحت الجلد وتتضخم كغيرها من الغدد المجاورة حتى إنه يتكون فيها ورم محسوس من الغدد الملتببة متحجرة جدا ويسمى بالخرجل الشيطاني .

تشخيص القرحة الأولية

للتأكد من تشخيص القرحة الأولية الزهرية يلزمنا البحث عن
الاسيروشيت يوليدا في المصل المأخوذ من الجرح أو من الخرجل .

الوحدة الحرة (٢)



قرحة منحجرة أوتية في العلقه (براون)

والعلامات التأكدية للتشخيص هي :

(١) التحجير الموضعي للقرحة والتحجير غير المؤلم في الخيرجل الأولي الذي يتبدئ ظهوره عادة بعد مضي أسبوع من ظهور القرحة .

(٢) مدة الحضانة .

(٣) وازرمان إيجابي ويظهر ذلك عادة بعد مضي خمسة وعشرين يوما الى ستة أسابيع من ظهور القرحة ويندر الحصول على هذه النتيجة بعد مضي خمسة عشر يوما من ظهور القرحة .

(٤) ظهور التضخم الفمدي — تضخم الغدد التي فوق المرافق مبكرة عن غدد العنق وتحت الإبط .

إن وجود تضخم نوعي في هذه الغدد مع وجود الخيرجل الأولي يساعد كثيرا على تشخيص القرحة الأولية وهذه نقطة جوهرية يلزم التنبيه لها وعدم إغفالها عند الفحص عن القرحة وخصوصا عند عدم التمكن من الفحص عن مصل القرحة للتحقق من وجود الاسبيروشيت ويمكن اتخاذه قاعدة عامة لاعتبار التشخيص التأكدي للزهري بكل من التحجير في القرحة والتحجير في الغدد اللمفاوية المذكورة قبل مضي الوقت اللازم لايجاد النتيجة الايجابية للفحص عن الدم على طريقة وازرمان .

الأشياء الموجبة للاشكال في التشخيص

(١) القرحة الناتجة عن إصابة عارضية . ان التمزق الذي يحصل

في أعضاء التناسل في حالة عدم الانتباه له يحدث شكل قرحة .

(٢) الحربس التناسلي — يتبدى عادة بحويصلات صغيرة ينضم بعضها لبعض وتكون على شكل دوائر حلقية .

(٣) القرحة الرخوة لا تصحب عادة بتحجر ولا بخيرجل غير مؤلم .

(٤) ألحرب في هذه الحالة يوجد أكلانا في الموضع وفي جميع الجسم ويوجد طفحا من حويصلات صغيرة بثرات صديدية وتساختات في الجسم وخاصة في الأليتين وحول السرة وأصابع اليدين .

(٥) التأكل السطحي الناشئ عن التهاب الغشاء الداخلى لسطح الغلقة والتمرة يكون مصحوبا عادة بتسلخات سطحية صغيرة فوق التمرة محاطة بهالة صغيرة حمراء وهذا يصحب أيضا بالتهاب مؤلم في الغدد الأوربية .

(٦) القرحة الراجعة أو المتكسة تعرف عادة بعلامات القرحة الأولية في الموضع بعينه مع وجود قليل من التحجر غير المصحوب بتضخم في الغدد المجاورة .

(٧) الحمامة في القضيبي في العادة تعطى المريض تعريفا مفصلا عن مرضه بالزهري ونتيجة الفحص عن الدم عن طريقة وازرمان تكون ايجابية مع العلم بأن الحمامة لا تصحب بالتهاب في الغدد المجاورة أو تضخم بها .

(٨) الالتهاب الصديدي في الغدد الدهنية ربما يشبه القرحة الأولية لكن عدم وجود التحجر هو الفاصل بينهما .



18-19-20-21

18-19-20-21

(٩) الورم الخبيث (اييثليوما) . إن سن المريض وتصاب الحواف بالقرحة أو نتيجة الفحص الميكروسكوبى تكون هى الفاصلة فى التشخيص .

(١٠) القرحة الدرنية — هى قرحة مفرطحة ذات حواف مشرذمة ونادرة الظهور فى أعضاء التناسل وأن شكل المريض وحالته مع فحص البول هما الفاصلان فى التشخيص .

(١١) الالتهاب الموضعى حول قناة مجرى البول يسبب أحيانا عقدا أصلية تشبه القرحة ولكن تاريخ وجود السيالان مع البحث عن ميكروبه فاصل فى التشخيص .

إن القاعدة العامة أن القروح التى تقع فى أى جزء فى الجسم خصوصا فى الشفتين وأصابع اليدين توجب الاشتباه واتجاه نظر الطبيب لكونها زهرية مالم تشفى فى وقت قصير باستعمال المطهرات السهلة المعتادة وعلى العموم فى حالة أى اشتباه يلزم إجراء فحص مصل القرحة عن الاسبروشيت .

الأشياء الموجبة للاشكال فى تشخيص القرحة الأوليّة

عند النساء

القرحة الأوليّة عند النساء تظهر غالبا بشكل صغير متحجر خفيف وتشبه القرحة الرخوة عند الرجال وفى أغلب الأحيان لا تشعر بوجودها المرأة ولذلك تحضر السيدات غالبا للمستشفى بالعلامات الثانوية للزهرى . مثل الطفح الحامى الموجود بكثرة بين الشفرين وفى الشرج وقرحة عنق الرحم يجب تمييزها ولو أنها تختفى غالبا من نفسها أو بدون علاج فهى تظهر

على شفتي العنق الخارجى بشكل تقرح مستدير مصحوبة بتضخم فى الغدد اللمفاوية ويوجد أيضا التهاب مع تضخم فى الغدد اللمفاوية داخل الحوض .
التسلخ اليسير لعنق الرحم الخارجى ينتج عادة من التهاب الغشاء المخاطى المغطى لعنق الرحم الخارجى والممتد الى قناة العنق فى هذه الحالة ويكون مصحوبا بافرازات ويمكث مدة غير يسيرة .

سرطان عنق الرحم (كارسينوم) كثيرا ما يختلط تشخيص الكارسينوم عنق الرحم مع القرحة الأولية ولكن سن المريض وصلابة القرحة مع صلابه أطرافها المصحوبة بافراز متعفن ممتزج بقليل من الدم ينهانا لإجراء فحص ميكروسكوبى وهو فاصل فى التشخيص .

القروح الرخوة

هذه القروح ليست زهرية ولكنها مسببة عن عدوى بالجماع ولها باشيلوس خاص يسمى استربتوكوكس دكرى (باشيلوس قصير سلبى لجراثيم) وفى بعض الأحوال تكون العدوى مختلطة بسبب الباشيلوس المذكور وميكروبات صديدية وهذه القروح غالبا متعددة وتظهر بعد مضي يومين أو ثلاثة من تاريخ حصول العدوى وأول ظهورها تكون بشكل بثرة وتقرح وتمتد بسرعة فوق سطح الجلد مصحوبة بافرازات صديدية بشكل مستدير وليست متحجرة والغدد اللمفاوية المجاورة لها تكون ملتهبة غالبا وتكون خراجا ويندر أن تلتهم هذه الغدد بعد شفاء القرحة بقليل .

ويجب التشديد فى تشخيص القرحة الرخوة عن القرحة الزهرية بأسرع ما يمكن مع العلم بأن عدم وجود التحجر فى القرحة لا ينافى وجود الزهري .

الفصل الثاني

الزهرى الثانوى والزهرى فى المبخ والنخاع

بعض معلومات عامة

تشارك علامات الزهرى الثانوى فى ظواهرها مع العلامات الأصلية للأمراض المعدية حسب القواعد والأصول المقررة لها وهى تحتوى على قسمين : (١) علامات باطنية ، (٢) علامات ظاهرة .

(١) العلامات الباطنية — تكون غالبا غير محدودة وغامضة وتكون معدومة بالمرّة فى أقوىء البنية وهى وجع الرأس عند الجبهة وخصوصا فى وقت الليل وتظهر فى أغلب الأحوال وتلطف وقتيا عادة بواسطة الأسبرين أو أدوية مماثلة له ومن المؤكد أنها تشفى بالأدوية النوعية .

وفى بعض الأحوال تظهر قبل ظهور الطفح وفى أحوال أخرى مع الطفح ولكن وجودها قبل الطفح مع وجود القرحة فاصل فى التشخيص مثل انحراف المزاج مع فقد الشهية للأكل والنقص فى الوزن العام وعبوس الوجه وافتقار فى الدم ظاهريا وميكروسكوبيا وفى بعض الأحوال ارتفاع فى الحرارة عند المساء (٩٩ الى ١٠١ ف) هذه بعض العلامات الباطنية وتظهر عادة فى الأحوال التى لم تأخذ علاجاً نوعياً وتلجى المريض لاستشارة الطبيب والاحتقان الشديد فى الزور مع العلامات السابقة فاصل فى التشخيص أيضا .

ويحصل في بعض الأحوال احتقان في اللوزتين وفي سقف الحلق
واللسان وداخل تجويف الفم فيقبل ظهور الطفح .

(٢) العلامات الظاهرة — من حسن الحظ أن مشاهدة

العلامات الثانوية الظاهرية آخذة في النقص وذلك لأن المرضى يستشيرون
الطبيب وقت ظهور القرحة وأن الطبيب بالتقدم في العلم أمكنه أن
يشخص تشخيصا صحيحا قبل ظهور هذه العلامات ويتبدى في علاج
مريضه طبعاً فلا تظهر هذه العلامات .

علامات الزهري الثانوية الظاهرية تبدى في الظهور عادة في الشهر
الثالث من تاريخ العدوى وهذه المناسبة نذكر أن بحث الدم على طريقة
وازرمان يعطينا نتيجة إيجابية قبل ظهور هذه العلامات بنحو الأسبوعين
وبذلك يمكننا القول الآن بأنه إذا وجد طفح وردى على الجسم مع نتيجة
سلبية إن هذا الطفح ليس بزهري .

ومن أقوى علامات التشخيص أيضاً الالتهاب في الغدد اللعابية عامة
وقد أوضحنا فيما سبق الميزة الخاصة بهذا الالتهاب مع التضخم .

ومما لا شك فيه أنها نتيجة مهاجمة هذه الغدد بالأسبيريوشيت فبعد
التهاب الغدد الأوربية يحصل عادة التهاب في الغدد العنقية والغدد التي
في مؤخرة الرأس وذلك لأن احتقان المريء والزور يأتي في تقدم العلامات
وطريقة البحث عن هذه الغدد أن يؤمر المريض بالجلوس على الكرسي
ويمتد عنقه بدون اتصال ثم يبحث في المواضع المذكورة .

(أور حسيه ثوبه قان)



قوة منجيرة قولة في العنق (مراسك)

ولا ننسى أيضا البحث عن الغدد التي فوق المرافق .

علامات الزهري الثانوى الظاهرية يمكن تقسيمها الى قسمين :

(١) ما يظهر على الجلد ، (٢) ما يظهر على الأغشية المخاطية .

(١) ما يظهر على الجلد — يوجد ما لا يقل عن ستة أنواع للطفح الظاهري على الجلد وقد يمكن أن تكون جميعها موجودة في وقت واحد كما أن واحدا منها يكون موجودا فقط أو بالاشتراك مع أحد الأنواع الباقية ولكن يلزمنا التنبيه على أن وجود طفح بأنواع مختلفة فوق الجلد من العلامات الزهرية التأكيدية .

كل جزء من الجلد معرض لظهور الطفح الزهري فيه ويظهر عادة في الجرع والأليتين وليس من الضروري أن يكون تهوره مناسبا ولكن من المؤكد أن يكون في قسمي الجسم . ومن أغرب ما يشاهد أن تعريض الجسم خاليا من الملابس في حجرة باردة يظهر طفحا ورديا يكون من الصعب إدراكه في الأحوال العادية وأن الطفح الوردى كثيرا ما يمر دون ملاحظة الطبيب أو المريض والطفح الزهري عادة لا يكون مصحوبا بأكلان وهذه نقطة مهمة في حال تشخيصه عن الحوب أو عن التهاب الغدد الدهنية .

(٢) الطفح الوردى هو أول ما يظهر من علامات الزهري الثانوى على الجلد ويصحب عادة بوازرمان إيجابي ويظهر بعد مضي أسبوعين الى سبعة أسابيع من تاريخ ظهور القرحة الأولية ويوجد على الجرع .

وفي بعض الأحوال يفصل السطح الوحشي على السطح الأنسي للأطراف ولونه وردى فاتح مائل الى الصفرة ولكن هذا اللون غير ثابت النسبة لاختلاف ألوان الأجسام ويختفى بالضغط عليه بالأصبع دون أن يترك أثرا وهو يكون عادة في سطح الجلد تماما ولكن عند حدوث التهاب شديد ربما يكون عاليا علوا قليلا فوق سطح الجلد وهذا الطفح غير مصحوب بقشور سطحية وهذا مما يميزه عن الطفح البقي للزهري الثانوي الذي ينشأ عن احتقان شديد في مجموع الأوعية تحت الجلد التي تسبب قشورا في الطبقة السطحية للجلد .

إن ما يحصل حقيقة هو بعض الشلل في المجموع العصبي الخاص للأوعية في الطبقة التي تحت الجلد فيحصل امتداد وتوسع في هذه الأوعية في حين أن أوعية الطبقة الظاهرية للجلد تكون منكشة نظرا لتأثير الهواء البارد فيها فتحصل طريقة تكوين القشور (باراكيراتوس) .

(ب) الطفح الحامى والحامى المصحوب بقشور يظهر عادة بعد ظهور الطفح المتقدم وقد يظهر معه في وقت واحد وهو أعم انتشارا في الجسم من الطفح السابق فعلاوة على ظهوره بالجزع يظهر أيضا في الجهة والوجه ويعرف بالتاج الزهري وفي فروة الرأس .

ويظهر كبثرة مرتفعة قليلا عن سطح الجلد بمقدار حجم العدسة الى الفولة لونها أحمر وردى أو أحمر قاتم وفي بعض الأحيان تكون في حجم قطعة الخمسة القروش ويتساقط سطحها عند ظهورها في التثنيات كتحت الإبط

وتحت الثدي عند النساء وما بين الفخذين وما بين الشفرين وفي الصفن والشرح وفي زوايا الفم وزوايا فتحتي العينين وتسمى بالكوند ولوماتا . ويمكن في هذه الأحوال إيجاد الاسبيروشيت من فوق هذه التسلخات وعند ما تتكون القشور فوق سطح هذه البثور بكثرة تلبس علينا بمرض الصدفية كما سنفصله فيما بعد .

فالطفح البقي الخاسي هو أكثر أنواع الطفح الزهري ظهورا وأما الأنواع الأخرى قليلة الظهور وذلك لأن العلاج يمنع ظهورها .

(ج) الطفح الزهري البصيلي يظهر في بصيلات الشعر وفي غدد العرق وفي الغدد الدهنية ويظهر عادة في الظهر بشكل حلقات أو بشكل هلال وكثيرا ما يلبس تشخيصه بحب الشباب (أكنه عمومية) وفي أحوال خاصة يأخذ شكل عنقود العنب فيوجد في الوسط حلقات عالية عن سطح الجلد ذات لون أسمر مصفر مصحوبة بقشور فوق سطحها ومحاطة بعدة حلقات أخرى في حجم رأس الدبوس وتكون عادة من عشرين إلى مائة وهذا النوع يغلب ظهوره في الجسم وخصوصا الظهر وقد يشاهد أكثر من ثلاثين عنقودا في الشخص الواحد وهذا فاصل في التشخيص .

(د) الطفح الزهري الفقاعي يظهر عادة في فروة الرأس وفي أحوال قليلة بالنسبة لما سبقه .

(هـ) الروبيا هذا الطفح كان كثير الوجود قبل استعمال العلاجات الزرنيخية الحديثة وكان يظهر عادة متأخرا بالنسبة لما تقدمه ويظهر

كتقرحات بيضية أو دائرية مغطاة بقشور جامدة ملتصقة بعضها على بعض
بشكل حلزوني أشبه بالفوق ويظهر عادة في الوجه والظهر والرقبة
وفروة الرأس ويصحبه تورم شديد عند المريض . ويعتبر هذا النوع
من الأنواع الزهرية الخبيثة .

(و) الطفح المتضخم التوتى (فرام يزي فورم) يظهر كورم مرتفع
عن سطح الجلد شكله كشكل القنيط يدمى بسهولة ونادر الوجود .

(٢) ما يظهر على الأغشية المخاطية — تصاب هذه
الأغشية المخاطية بنوعين من الطفح وهما التقرح واللطفح ويظهر وجودهما
في تجويف الفم وفي سقف الحلق وفي اللهاة والأعمدة الداخلية والخارجية
للحلق والأوزتين والمرى واللسان وتظهر مصحوبة بالطفح الوردى بشكل
حلق أو بيضى مرتفعة قليلا عن الجلد ذات لون لبني مائل الى السمرة
قليلا وتشبه ما يحدث عادة بعد كي الغشاء المخاطى بنترات الفضة الكاوية
أو حمض الفينيك ولا تصحب عادة بهالة التهابية وردية ولا تسبب ألما
ولا تمنع البلع ويحصل بها تقرح قليل إلا التي تكون ملتصقة وهى تلتئم
بسرعة وغالبا لا تترك أثرا للالتئام ويلزمنا ألا ننسى أن فى هذه اللطفح
(والكيندولوماتا) الطفح الجلدى فى الثنيات كثيرا من الأسباب وشيت فيجب
علينا تنبيه المريض لاتخاذ ما يلزم من الاحتياطات الصحية لمنع العدوى .

إن فحص المريض من الرأس الى القدم فى كل الأحوال المشتبه فيها
أهم كثيرا من الاجتهاد فى حفظ أنواع الطفح الزهري .

(وحيدة مرة ١)



منحارة منقورة في البداية (يعتبر)

(١) الطفح المِشْتَبِه فيه يلزم بحثه في ضوء النهار أو بواسطة زجاج أزرق تحت تأثير ضوء الشمس .

(٢) الغدد الأربية والتي في مؤخر الرأس والعنقية الخلفية والتي فوق المرفقين وفيما تحت الإبط يجب بحثها .

(٣) تجويف الفم وسقف الحلق وأعضاء التناسل الظاهرية في الجنسين والشرح يجب الفحص عنها باعتناء حيث يظهر بها لطخ مخاطية أو طفح حاسي .

(٤) يجب الفحص عن الدم على طريقة وارمان عند بحاثته ماهر .

التشخيص

يسقط الشعر من فروة الرأس في الدور الثانوي فتسقط الشعرة بأكملها في مواضع صغيرة وتصحب بطفح وردي وظهور نقط متباعدة فوق فروة الرأس بهذا الشكل يعطينا شكلا كمرض النعابة ولا نفسي أن في المرض الأخير يكون السقوط أعم وبأشكال مستديرة متباعدة أو مختلط بعضها ببعض وأن الشعرة تعطى للنظر المجرد شكلا !

الصلع الدهني يظهر عادة في شعر الصدغين وقمة الرأس وهو مزمن جدا وغير قابل للشفاء .

ويحصل الخلط في التشخيص في مرض فقاقيع الرأس وهي حب يشتهه كثيرا بالطفح الحقيقي غير أن هذا الأخير يحدث تقرحا وتأكلا

في جلد فروة الرأس . ومن المعلوم أن كل طفح في فروة الرأس قد يتحول إلى بشور صائدية كما يحصل من وجود قمل في الرأس مثلاً فيلزمنا والحالة هذه عدم الاقتصار على بحث طفح الرأس منفرداً ويجب ملاحظة حالة الجسم العمومية عن وجود طفح من عدمه قبل إبداء الرأي النهائي .

تتماز الصدفية في فروة الرأس بظهور قشور فضية كثيرة الكثافة مع سقوط جزئي متفرق في الشعر ، وفي مرض القشرة الدهنية توجد قشور صغيرة كالردة وسقوط الشعر في هذه الحالة ليس ظاهراً نسبياً .

الجبهة — التاج الجبهي يشبه كثيراً التاج الذي يحصل من مرض الغدد الدهنية في هذا الجزء من الجسم ولونه في كلتا الحالتين أسمر ولكن يكون مصحوباً بافرازات مصالية في حالة الالتهاب الدهني ولا يكون بطفح مبعثر كما في الزهري .

الوجه — الطفح الزهري في الوجه يلبس تشخيصه عادة بالطفح المتسبب عن تعاطي أدوية من الباطن كالبدور والبرومور حيث يحدث بشيرات مختلفة الحجم متباعد بعضها عن بعض ويسهل التشخيص عند ما يسأل المريض عن تذكرة الدواء فيتيين لنا صنف الدواء الذي يأخذه وفي هذه الأحوال أيضاً يوجد رشح والتهاب في اللثة والأنف والحنجرة وفي بعض الأحوال أوزيما في الجفون .

ومما لا شك فيه أن بحث الدم لا بد منه في هذه الحالة لفصل في التشخيص وأحياناً يلبس مرض الفقاقيع بمرض الزهري عند ما تكون

(١٠٠)



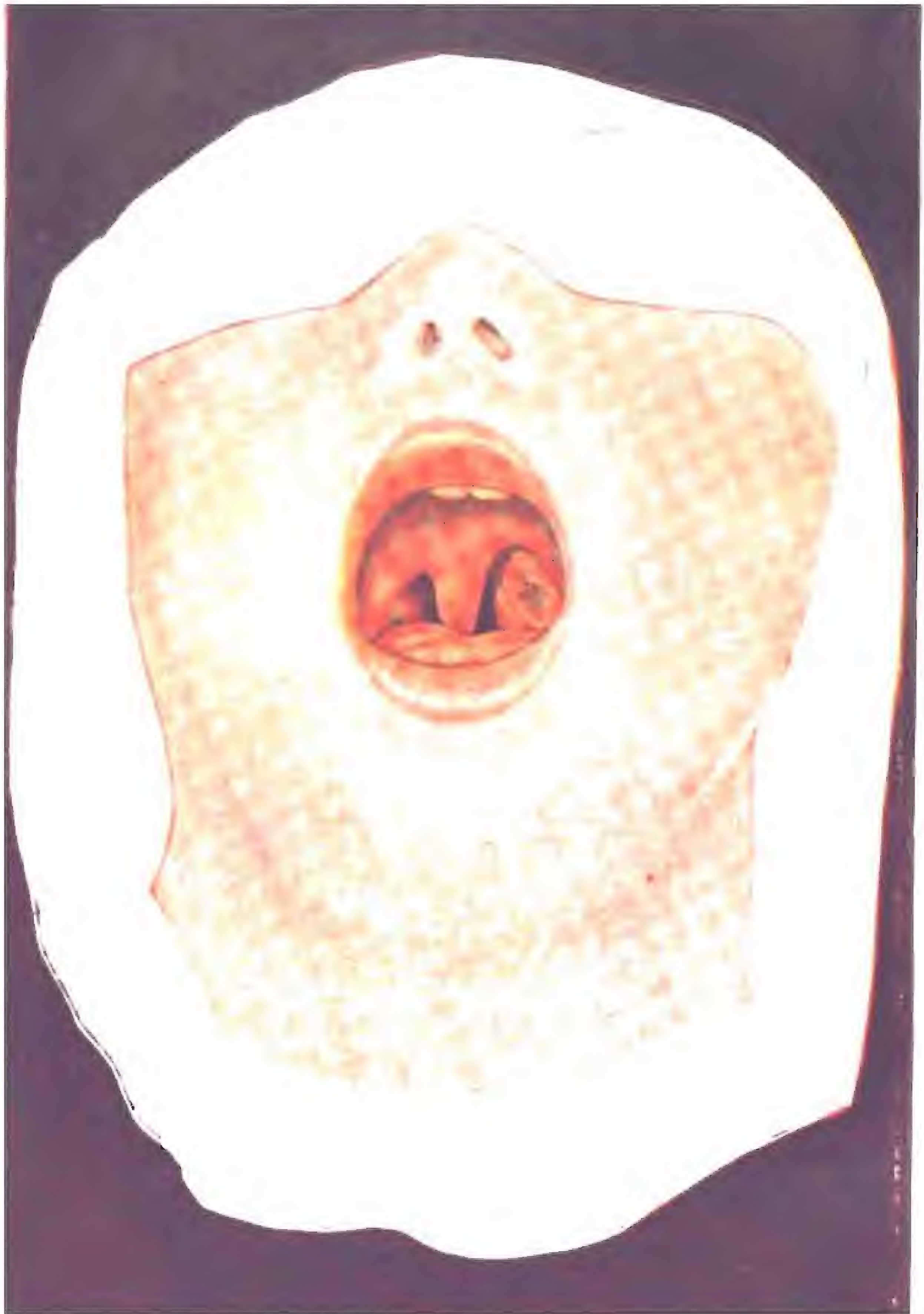
(١٠١)

القروح في الوجه كما يبدأ ذلك في فروة الرأس ويستند الاشتباه خصوصا إذا كان مصحوبا بمرض التهاب البصيلات الشعرية في الذقن وتعطى أكنى روزاسيا طفحا حليا ذا بشور في بعض الأحوال ولونه قرمزي وتظهر عادة فوق الأنف والشفة العليا والوجنتين والذقن والجزء السفلي من الجبهة وهي مرض مزمن ربما يتقل من بعض المواضع التي ذكرت ويستمر وجوده بالمواضع الأخرى والأكنة الجذرية تظهر عادة في حافة الجبهة العليا والصدغين وهي بشكل بشري مزمنة تلتئم من نفسها في بعض الأحوال وتترك أثر التحاميم ذات سطح منخفض ومستدير عن سطح الجلد قليلا وهذا مما يساعدنا في مهمة التشخيص .

الرقبة — لا يلتبس علينا تشخيص أى طفح من الأنواع المتقدمة يظهر على الرقبة لأنه يكون عادة منتشرا في جزء أو أجزاء أخرى من الجسم وذلك مما يسهل مهمتنا في التشخيص ولا ننسى أن نذكر هنا الزهري البقي وسأنا التكلم عليه بالتفصيل .

الجزع — كثيرا ما يلتبس علينا مرض النحالية الوردية بالطفح الزهري ولا يخفى ما في ذلك من الخطر والفصل في هذا الموضوع نذكر المميزات الآتية :

- (١) — الموضع — الجزع والصدغ والظهر والعضدان والفخذان أما الوجه وراحة اليدين والقدمان فهي دائما خالية من الطفح .
- (٢) — لونها وردي وفي بعض الأحوال يكون ضاربا إلى الصفرة .



فرحة منعمرة كويلا في الكوردة (بعضها)

(فرحة متحجرة - ٢)



فرحة متحجرة قزيلة شنة سنن (مراسن)

(٣) يعطى المريض النبيه كيفية حصول المرض وذلك بظهور جزء صغير غالبا على الجزع قبل ما يعم الطفح بمادة لا تقل عن أسبوع أو أسبوعين فى بعض الأحوال ويكون بشكل بقعى مشرذم الحوافى لونه وردى ومغطى بطبقة خفيفة من القشور ويباغ قطار دائرته حوالى الأربعة الى الستة سنتيمترات .

(٤) وأما الطفح العمومى فهو لشكل بقعى فى حجم قطعة نصف التروك أو أكبر وهى عالية عن الجلد قليلا مصحوبة بتقشر عمومى وبعده مدة تتبدى بالانصراف وغالبا يظهر الطفح بنوع واحد وهو النوع السابق شرحه غير أنه يختلف فى الحجم ولو أنه وجد فى بعض هذه الأحوال بعض ضخامة والتهاب فى الغدد اللعابية إلا أنه يعزى لمرض آخر . وفى هذه الحالة يلزمنا بحث الأغشية المخاطية وبحث الدم على طريقة وارلمان .

الصدفية لا يمكن غالبا التباس تشخيصها بالزهري غير أنه يلزمنا أن نفكر دائما فى أن وجود المرضين فى شخص واحد شئ محتمل وأن القشور الفضية اللون التى تظهر فى الصدفية لا يمكن التباسها على الطبيب الماهر وأحيانا يظهر مرض الصدفية مصحوبا بمرض التهاب القشر الدهنى فيظهر بشكل طفح متنوع الأشكال فى مواضع مختلفة من الجسم مما يجعل التشخيص صعبا وفى هذه الحالة يلزمنا أن نقول بأن الوجه الدهنى ولون الطفح نفسه واتخاذ الشكل المتعرج المعروف بالشكل القشرى الدهنى الجغرافى يساعدنا كثيرا فى التشخيص وتذكر أيضا أن الصدفية عادة تظهر فى الجهات الوحشية للأطراف

كالمرافق والركب وبكثرت هذه القشور الفضية نجد سطحها دائما من
 أقط مختلفة من الجلد تطبع بسهولة على قطعة من ورق النشاف ويحدث
 هذا الدم من الأوعية الشعرية وبالعكس ذلك في أحوال الزهري لا نجد
 طبقات متكاثرة فوق الطفح من القشور الفضية ويجترد إزالتها أو كحتها
 لا نجد هذه النقطة المصحوبة بالدم وفي الأحوال الزهرية المزمنة نجد لون
 الطفح تحول عن لونه الأصلي إلى اللون النحاسي الأزرق ثم إلى البقيعي .
 الالتهاب الحاد البسيط — يستدعي كثيرا من الاهتمام عند ما يظهر على
 الجلد وفي الغشاء المخاطي ليمحو يترك الفم ويكون في شكل طفح حامي
 خفيف أبيض كالعاج لامع جدا وفي حجم العدسة وعادة يكون مقابلا
 للأضراس العليا من الباطن وأما ما يظهر منه على الجلد فإنه يحدث أكلانا
 شديدا وهو بشكل حامي أيضا غير أن كل حلقة شكلها كخمس أو سدس
 مقسمة أضلاعه بواسطة خطوط رفيعة جدا متصلة من زواياه إلى المركز
 الذي يكون منخفضا قليلا عن سطح الجلد . ومما يجب الانتباه إليه أن
 طفح الالتهاب لا يتقشر مطلقا ويكون حلقات كالعقد ولكنها لا تكون
 مركزية كما في الزهري ويضاف إلى ذلك عدم وجود التهاب في الغدد
 اللعابية وبالفحص عن الدم على طريقة وازرمان نجدها سلبية .

الحرب — كثيرا ما يصحب هذا المرض مرض الزهري وأحيانا
 تخفى معالمه . ويظهر الجرب بشكل حويصلات متراكمة صغيرة العدد
 منتشرة فيما بين الأصابع وتحت الإبط والسرة وأعضاء التناسل وفي الفخذين
 من الداخل والأليتين ويصعب التشخيص جدا ويصحب الجرب

مخروطية



10



11

مخروطية

مخروطية

بمضاعفات كبثور أو فقاقيع منتشرة حول أعضاء التناسل مع التقرحات وظهور أثر التحامات الطفح الذى شفى بلون أسمر بنى يزيد التشخيص صعوبة ، أما من جهة هذه الآثار فلا يمكن الفصل فيها والحزم بما كانت عليه قبل التحامها وأما من جهة الطفح ووجود خدوش فوق سطح الجلد مع التوزيع الذى وصفناه فإن ذلك يسهل التشخيص ولا نسى أن الحرب فى بعض الأحوال يوجد انتفاخا فى الغدد اللمفاوية مصحوبا ببعض التهاب وفى هذه الحالة يلزمنا إجراء فحص دقيق عن حيوان الحرب المعروف (الأكارس الحربى) فإذا لم يوجد خصوصا فيما بين الأصابع يلزمنا بحث الدم على طريقة وارتمان ويلزما أن نذكر أن الطفح الحربى لا يظهر عادة فوق الرقبة والوجه والرأس إلا فى الأطفال وذلك بخلاف الزهرى .

ونجد أحيانا طفحا مختلف الأنواع منتشرا فوق الجسم لا يمكننا الاهتمام إلى أصله فىكون غالبا مسببا عن تعاطى بعض أدوية كالجبابة التى تحدث طفحا يشابه طفح الحصبة وكاليدور والبرومور ، وقد سبق التكلم عليهما وكالزرنينخ والزئبق ويسبب تعاطى الزرنينخ فى بعض الأحوال طفحا حالميا وحوصليا إذا أكلان شديد وفى الأحوال المزمنة يترك بقعا ذات لون أسمر بنى خصوصا فى منطقة الحزام وقد يصحب هذا الطفح بتضخم قشرى مائهب ذى لون فضى فى راحتى اليدين وفى مشط الرجلين وفى اللسان نجد ما يعبر عنه باللسان الجغرافى وكل ذلك عادة يكون مصحوبا بإسهال وعدم وجود الفعل المنعكس فى الركبة وإذا فحصنا عن البول نجد به الزرنينخ وهو فاصل فى التشخيص .

الأطراف — لا يوجد شيء جديد خاص بالأطراف علاوة على ما شرحناه في الجزع غير أنه في بعض الأحوال نجد في راحة اليد وفي مشط القدم طفحا صدفيا أو ليشا بسيطا كما نجد طفح الزهري الثانوي ومن المؤكد أن طفح الزهري الثانوي لا يظهر على راحة اليد منفردا ولكنه دائما يكون مصحوبا بطفح عام في الجسم وذلك بخلاف الاليشن فإنه ربما كان منحصرا في راحة اليد وربما كان منتشرا في الجسم ويحتاج الإنسان في فصل تشخيص هذه الأحوال إلى مجهود كبير ولا بد من إجراء الفحص عن الدم على طريقة وارلمان، إن طبيعة جلد راحة اليد تختلف كثيرا عن جلد باقي الجسم ولا شك أن ذلك يساعد في تمييز شكل نوع الطفح الواحد في اليد عن باقي الجسم فمثلا نرى في الصدفية تفسرا كثيرا وطبقة سمكة من القشور فوق الطفح أكثر مما نجد ذلك في الجسم ونجد الأظافر مشققة شقوقا مستطيلة متوازية وسطها في بعض مواضع منخفضة في نقط مختلفة بغير انتظام ولكن ظهور مرض الاليشن في راحة اليد لا يتغير كثيرا عن ظهوره في موضع آخر.

تشخيص الطفح الذي يظهر في الأغشية المخاطية

يظهر الطفح الزهري الثانوي في الأغشية المخاطية كالطخ وبخصوصا تجويف الفم واحةجرة بشكل لطخ مخاطية يلزم الطبيب أن يعود لتشخيصها عن بعد وقد يحصل في بعض الأحيان التهاب في داخل الفم ينشأ عنه تقرحات مستديرة ملتهبة دامية أو مغطاة بطبقة صديدية صفراء صغيرة

سطحية مصحوبة بالحمى ومحاطة بهالة حمراء دالة على الالتهاب ومصحوبة
في أغلب الأحوال بتضخم والتهاب الغدد اللعابية التي تحت الفم .

وقد نتفخ الطبقة القرنية التي فوق سطح اللسان وتتهب التهابا
مزمنًا مصحوبا في بعض الأحيان بتقرحات ولطخ .

الليشن البسيط والذئب الوردى (اللوبس أريتياتوزس) يظهران
في تجويف الفم في بعض الأحيان نظرا لعدم حدوث تقرح أو ألم بالفم
ناشئ عن هذين المرضين فلا يشتكى المريض شيئا وربما يشفيان أيضا
بدون علم منه وقد أسهبنا في وصف الليشن ولكن في الذئب لا بد أن
يكون مصحوبا بطفح فوق الأنف أو الخدين أو الرأس وبطبيعة الحال
لا يمكن بأي وجه من الوجوه أن يلبس تشخيص هذا المرض بالزهري
حيثما يكون الطفح موجودا فوق سطح الأنف .

الزهري البقي

أهم ما يقال عن هذا النوع إنه هو النوع الذي يظهر فوق رقبة
السيدات وهو يظهر بشكل بقع ذات لون أسمر مظلم غير منتظمة الشكل
والحوافى محاطة بنقط بيضاء مما يعطينا شكلا كشكل الرخام ولا يمكن
للطبيب أن ينسى هذا الشكل إذا رآه مرة واحدة ويسبب غالبا عن بقايا
الطفح الوردى الثانوى ويظهر في انتهاء السنة الأولى ويستمر إلى السنة
الرابعة من تاريخ العدوى ومن المهم جدا العلم بأن العلاج النوعى
لا يفيد مطلقا



الرغم من أن نوى - صفح نقی وردی (مراسد)

زهري المجموع العصبي

شرح عام — إن مرض زهري المخ والنخاع في الحقيقة من شأن طبيب الأمراض العصبية ولذلك يلزمنا هنا ذكر معلومات سطحية عما يحدث أثناء دورى الزهري الثانوى والزهري التالى لا تظهر علامات لإصابة المخ قبل ظهور الطفح عادة ولكن فى الأحوال التى يتأخر فيها ظهور الطفح تكون علامات إصابة المخ بالزهري عقب ظهور القرحة الأولية بزمان قصير وأهم هذه العلامات هو ألم مستمر فى الرأس وأن هذا الألم يحصل وقت ظهور الطفح الوردى وهو ناشئ عن إصابة السجاء بالزهري وأن الألم مستمر وغائر ومصحوب عادة بألم عند الضغط على فروة الرأس فى نقط مختلفة .

القيء يوجد فى بعض الأحيان مصحوبا بألم يسير مثل ما يحصل فى الورم المخى ويلزمنا هنا شدة التحذير للطبيب بأنه إن لم يتدارك المريض بالعلاج فى الوقت المناسب يضيع كل أمل فى الشفاء من هذا الألم فى مستقبل الحياة وحيث إن الأمر كما ذكر فيلزم الطبيب أن يبحث المريض بحثا وافيا من جهة ظهور طفح جلدى أو طفح فى الأغشية المخاطية أو انتفاخ فى الغدد اللمفاوية كما أنه لا ينسى أن يبحث عن الفعل المنعكس للركبة وإنسان العين وأن يقرن ذلك كله بفحص الدم وسائل النخاع الشوكى وما يحتويه من الخلايا لكل ستنى متر مكعب وقد يحصل للمريض سبات أو أرق أو نحول مصحوب بانحراف فى المزاج أو هزال

مصحوب بفقد القوة والشهية مع نقص في قوة الإرادة المركزية وضعف في القوة الباقئة المركزية أيضا وإحساس شديد لأي منه خارجي .

الزهري في المنخ

باجراء التشريح المرضي للمنخ في أحوال الزهري نجد ثلاثة أنواع من الإصابات :

(١) الغشاء السحائي جميعه أو بعضه .

(٢) الجمجمة والتهاب منسوج الأوعية مبتدئا من الغشاء الداخلي المبطن للشریان ويهمنا فقط التأكد من وجود الإصابة في المنخ وليس هنا المكان الذي يجب علينا فيه معرفة التشخيص التفصيلي لكل من الثلاثة الأنواع حيث ذلك من اختصاص طبيب الأمراض العصبية .

(١) الإلتهاب السحائي — هو أكثر انتشارا من النوعين الآخرين ويظهر عادة في الغشاء المغطى لقاع المنخ فيصاحب بشلل أو بعض شلل للأعصاب المخية . تختلف درجته وتأثيره كثيرا ما بين شلل تام أو جزئي أو زيادة إحساس في الجهة الموزع بها العصب ويكثر ذلك في العصب الوجهي أو في سقوط جفن من الحفون ويصاب نادرا عصب السمع فيصاب المريض بالصمم وعادة السحائي المنخي أن يقاوم كل مرض ولذا نجد علامات الضغط مفقودة (مثل التهاب العصب البصري والقيء) . إن استخراج قليل من سائل النخاع وبخثه يساعدنا كثيرا بابتداء العلاج



لؤي النافوي - طفق عالمي عالمي
(محبوب)

في الوقت المناسب وكما أوضحنا سابقا نجد أن ألم الرأس والألم عند الضغط على فروة الرأس في نقط مختلفة هو من أهم العلامات وقد يحدث ألم في الأعصاب المخية وذلك ناتج من إصابة الغشاء السحائي في قاع المخ إذا لم تعالج في وقت مناسب وتحصل غيبوبة (كوما) و وفاة تسبق عادة بتشنجات شديدة وأما إذا عولجت في الوقت المناسب فتشفى أو يكون ضررها قليل التأثير .

(٢) الجمجمة في المخ — تحدث عادة بعد مضي ثلاث سنين أو أكثر من تاريخ الإصابة .

الألم في الرأس هو أهم العلامات وربما يكون مصحوبا بقيء وضعف في النظر والتهاب في عصب البصر ناتج عن ضغط الورم عليه ويعقب ذلك بعد عدة أسابيع تشنجات وشلل ولكن إذا عرف المرض في الوقت المناسب يمكن الطبيب أن يمنع حصول هذه المصائب للمريض .

الفتاح والشمالي للعضو الواحد مع الغيبوبة أو عدمها هي علامات إصابات شرايين المخ .

الزهري في النخاع — إن إصابة النخاع تعطينا علامات تأكيدية ظاهرية وليست كإصابة المخ ، وتكون عادة حادة .

الالتهاب السحائي والجمجمة وإصابة الشرايين هي الأمراض التي تصيب النخاع إما متفرقة أو مجتمعة ويعقبها التهاب مزمن مع تغييراتولوجي في نفس النخاع ويصحب طبعاً ذلك بشلل أو بشلل أحد الأعضاء ولو

أن ألم الرأس يظهر عند ابتداء دور التعميم الثانوى غير أنه لا يكون شديداً بدرجة تقلق البال ولكن مما لا شك فيه أن حدوثه فى وقت إصابة أجزاء المخ يحدث ألماً شديداً خصوصاً فى مؤخر الرأس وفى العنق من الخلف وتوجد آلام محزمة مع زيادة إحساس فى الجلد وفى الفعل المنعكس لأخص القدم والكعب وتكون هى مقدمات الشلل النصفى السفلى وفى هذه الحالة تفقد العضلة القابضة للمستقيم والعضلة القابضة لمدخل المشافة وظيفتهما وهذه علامة مهمة فى تشخيص الشلل الزهرى السفلى الحاد أو شبه الحاد وأما فى المزمن فتكون علامة ثابتة وبطبيعة الحال ينذر هذا الشلل بالخطر خصوصاً فى الأحوال التى أهمى تشخيصها أو لم تشخص بخلاف ما إذا تثبتنا من التشخيص فى الوقت المناسب والخلاصة أنه ليس من الضرورى مطلقاً حدوث علامات عصبية فى أحوال الزهرى الثانوى ولكن يلزم الطبيب أن يكون على استعداد لتشخيصها عند وجودها فى الوقت المناسب لأن الضرر الذى تحدثه لا يمكن إصلاحه وكل حالة يشتبه فيها إصابة المجموع العصبى من الزهرى يلزمنا بحث سائل النخاع على طريقة وارمان .

وان الأحوال التى يحصل خطأ فى تشخيصها صارت أقل من الزمن الأول وذلك لأننا تعودنا اعتبار إصابة المجموع العصبى فى الأحوال الزهرية وبحث المريض من أجلها ما لم نجد برهاناً على عكس ذلك أى على عدم إصابته . ولا ننكر ما لطريقة وارمان من الفضل فى وصولنا الى تشخيص حاسم ومن الضرورى أن يستمر علاج هذه الأحوال بنشاط أكثر



من المعتاد حتى يمكننا الحصول على نتيجة مرضية بما لا يقل عن ثمان عشرة حقنة من المستحضرات الزرنيخية (نيو سالفراسان — نوفا ارسينو بيلون — ٩١٤) يلزم إعطاؤها للمريض لسنة واحدة ومن البديهي أن يفحص عن الدم والسائل النخاعي مع احصاء خلايا المنخ والنخاع الشوكي وهي لا تزيد عن نسبة ١٠ / ١ من الخلايا اللمفاوية في سنتيمتر واحد مكعب من سائل النخاع ويستحسن أن تصحب هذه الحقن بالتدليك الزئبقي وفي الأحوال الحادة جدا يمكن بذل قليل من سائل النخاع وحقن مصل به سالفراسان — سلفر سنيوز سيبرم) في النخاع .

أمراض المنخ والنخاع القريبة من الزهري (بارا زهرية)

لقد استكشف الأستاذ نوجوشي الاسبيروثيت في مخ المرضى المصابين بمرض الشلل الجنوني العام وقرر بأن هذا المرض يتسبب عن الزهري ومما لا شك فيه أنه لا يمضي وقت كبير حتى يستكشف الاسبيروثيت في مرض التابس .

مرض الشلل العام للجائين

يصاب به المريض عادة في أي وقت بعد مضي سنتين من تاريخ العدوى ولكن لا يظهر في العادة قبل مضي خمس سنين فما فوق من تاريخ العدوى ويكون هذا المرض مصحوبا بضمور وموت الخلايا العصبية .

وفي بعض الأحوال تحصل أنزفة فوق قشرة المنخ وهذه هي التي تسبب التشنجات وبعض الشلل وأما علامات المرض ذاته فهي بديهية ومعروفة للجميع وذلك أنه يتبدى بدور تمهيدى مصحوب بخايط في الأفكار مع ميل الى العظمة فالمرضى يظن في نفسه أنه ذو ثروة لا تقدر ويصرف على هذا الحساب وهذه الحالة تستمر سنة أو أكثر مصحوبة بقليل من علامات الشلل كعدم المساواة وقلة التحرك في إنسان العينين أو شلل خفيف في عصب الوجه أو تمتمة في الكلام — ويعقب هذا الدور التمهيدى دور نحول عام فيفقد المريض الثقة والاعتناء بنفسه فينغمس في الرذائل كالافراط في المشروبات وفي السنة الرابعة من تاريخ الإصابة تحصل تشنجات وشلل فيحصل شلل في عصب اللسان والحنك فتعذر وظيفة البلع وينتهى المريض بوفاة عقب تشنجات أو نزيف كبير بالمنخ ويعيش المريض عادة بهذا المرض نحو خمس سنوات ومن الغريب أن النساء يصبين بهذا المرض في النادر جدًا .

الأتاكس — يتسبب عن تصلب في الأعمدة الخلفية للنخاع الشوكى فتحدث عوارض هامة تصيب الرجال عادة بعد السنة الرابعة أو الخامسة الى العشرين من تاريخ العدوى ويشكو المريض من اضمحلال في قوة الأرجل وألم حزامى في الوسط مع عدم انتظام في التبول وحركة المشى وآلام معدية أو في القصبة الهوائية أو في المستقيم وكل هذه الأشياء مع بعضها أو أحدها هي ما يشكو منه المريض ولا يحضر هذا المريض عادة الى العيادات الزهرية ويحضر طبعا في قسم الأمراض العصبية أو الأمراض



الخطوط الكونية الشجرية - صفيح كوني شعبي

الباطنية ويبحث إنسان العين نجد أنه صار غير منتظم وأن تغير حركة إنسان العين هي في الواقع من أوائل العوارض التي تحصل للمريض ولكن لا يمكنه أن ينبر عنها فالحدقة مثبتة في جزء واحد ولا تنكش للضوء ولكنها ربما تنكش بغير انتظام للسافة وحجم إنسان العين يكون في الغالب مختلفا في العينين .

الفعل المنعكس للركبة والكعب معدوم بالمرّة وهذا من العلامات الأكيدة للتأبس وتحصل أحيانا ضخامة في المفاصل بدون ألم وتعرف باسم مفاصل شاركوت فإذا أمرنا المريض بالوقوف والأرجل ملتصقة تماما مع عدم فتح العينين (علامة رومبرك) فإنه يميل الى أحد الجانبين ولا يمكنه الثبات في هذا الموضع .

الفصل الثالث

الزهرى الثلاثى — الزهرى الخبيث

يمتاز الزهرى الخبيث بظهور تقرحات حادة مبكرة عن المعتاد وتحصل هذه التقرحات في فروة الرأس والأطراف والفم وسببها إما أن تكون البنية ضعيفة أو على رأى بعضهم أسبيروشيتى خاص ومن المعلوم أن الضعفاء والذين سبقت إصابتهم بمرض الملاريا يكونون عرضة للمرض مع العلم بأنه ربما يحصل فى أشخاص سليمى البنية أيضا أما وجود أسبيروشيتى خاص لالزهرى الخبيث فلم يمكن التحقق من ذلك ومن الغريب أننا نلاحظ أن المصابين بهذه التقرحات الحادة هم أقل تعرضا للإصابات الزهرية فى الأعضاء الداخلية .

الدور الثلاثى

بعد انتهاء الدور الثانوى من سنتين الى عشر وفى بعض الأحوال الى ثلاثين سنة يظهر بعض عوارضه .

أثناء إصابة المريض بالزهرى قد يتخلف بعض الاسبيروشيت ويكن فى أى جزء من الجسم ويستمر فى حالة نحول الى أن يأتى يوم ينتعش موضعيا ويظهر بشكل أورام تسمى بالصمغيات وهى إما أن تتقرح أو تنصرف تاركة أثرا لانتعاش .



يغلب حدوث الصمغيات في الجلد أو الطبقة التي تحت الجلد أو العظام أو الصفن — الكبد — المخ — السجاء — ومن الغريب أن نحسوا من العشرين في المائة من المصابين لا يعرفون شيئاً عن أصابتهم بالزهرى الأول أو الثانى ويعرف وجود الزهرى عند النساء بواسطة عدد الاجهاضات . الزهرى الثلاثى أكثر وجوداً في النساء من الرجال وذلك ناتج من أن الزهرى يظهر في الرجال في دوره الأول والثانى بشكل يحمل المصاب على البحث عن العلاج فيعالج بخلاف النساء يصبين كما ذكرنا من قبل بالصمغيات غير المتجانسة ويحضرن (في العيادات الزهرية) عادة بإصابات جلدية .

إصابات الجلد الزهرية الثلاثية

(١) الزهرى الثانى الثلاثى يظهر بشكل ضئع دوى بهيئة درنات متكاثفة ذات لون أحمر قاتم وهذه الأدران ربما تتصرف بواسطة الامتصاص تاركة في مكانها أثر التهام مصبوغة أو تتقرح وتحدث قروحا متصلة بعضها ببعض بشكل هلالى أو شكل غير منتظم أو شكل حلزوى (ثعبانى) زاحفة في الأنسجة من الحافة المحدبة آخذة في الالتئام من الحافة المقعرة .

ومع كثرة اسطح المتقرح فإنه لا يحدث أى ألم .

ويكتسب هذا الشكل عادة بمرض الذئب الأكال ويلزمنا أن نعرف أن أمهر الأطباء الإخصائيين لا يمكنهم في بعض الأحوال أن يفصلوا

فى التشخيص إلا بواسطة فحص الدم على طريقة وازرمان ولكن تقترحات الذئب الأكل مزمنة وبطيئة الفعل وأن مساحة ما تأكله من الأنسجة فى سنين يأكله الزهرى فى عدة أسابيع .

التقترح ذو الشكل الهلالى يحصل عادة فى الزهرى وأما تكون التقترح فى أثر الالتحام فيحدث فى الذئب الأكل وإذا ضغطنا على الدرنه التى فى الجلد بواسطة قطعة من الزجاج الأبيض يصير لونها أصفر ضارب إلى الحمرة .

(٢) الصمغيات الجلدية هى أورام تنشأ فى الأدمة وفيما تحتها من الأنسجة ولها ثلاث مراحل :

(الأولى) مرحلة الترشيح — هذه عبارة عن ورم بسيط غير محدود يبتدىء فى العضلات أو العظام ويمتد فى وقت قصير أحيانا وذلك حسب انتظام المريض فى العلاج أو عدم انتظامه فإذا حصل التصريف فلا يترك أثرا للالتحام .

(الثانية) مرحلة موت الأنسجة — يتلون الجلد بلون أحمر قاتم ثم يتقرح ويخرج منه سائل صمغى .

(الثالثة) مرحلة التقرح — التقرح الصمغى هو تقرح غائر متصلب ذو قاع منفرطح ومغطى بخشكريشة ناتجة عن موت الأنسجة غير مصحوب بألم وبعد الالتئام يترك أثر التحام شفاف رقيقة مصبوعة .

تظهر القرحة الجلدية عادة على الأرجل — فى الوجه — الأنف — الشفتين — فروة الرأس — راحة اليدين — وأخمص القدمين .

إصابات راحة الكفين وأنحوص القدمين فردية (أى إصابة يد أو أنحوص واحد) ومصحوبة بتضخم فى الطبقة القرنية فى الجلد مع ترشيع غائر كثير وتشبه فى باقى أوصافها التقرح الثلاثى .

إصابة الأغشية المخاطية للزهرى الثلاثى

نحصل عادة فى اللسان والحنك الصلب ، وفى اللسان تظهر فى ثلاثة أشكال ترشيع صمغى وهو عبارة عن التهاب فى عضل اللسان يأخذ شكلا درنيا غير منتظم — صمغات محدودة فى وسط اللسان غير مصحوبة بألم آخذة فى التقرح ببطء محدثة تقرحات صمغية — التهاب مزمن سطحى فى اللسان يبدئ حول الحلمات اللسانية مضاعفا بما اعتاده المريض من شرب الدخان أو الخمر وهذا النوع يظهر فى شكايين : النوع التضخمى الذى تكون فيه الحلمات اللسانية كبيرة ومستطيلة وسميكة ومكونة من طبقات من الغشاء القرنى ذى اللون الأبيض أو الأسمر . والنوع الضامر وفى هذا النوع نجد الحلمات اللسانية مفرطحة وقصيرة ولون اللسان أحمر لامع ومؤلم عند الحركة وكثيرا ما يختلط هذان النوعان فى لسان واحد وفى وقت واحد ويكون ذلك مصحوبا بتقرح سطحية بسيطة ربما كانت ابتداء السرطان القرنى (ابثليوما) .

تشخيص الزهرى الثلاثى

الزهرى الثلاثى فى الجلد وفى الأنسجة تحت الجلد

ويلزمنا معرفة النقط المهمة الآتية :

(١) سرعة الظهور والامتداد فى الزهرى .

- (٢) عدم التضخم في الغدد اللمفاوية المناسبة .
- (٣) وجود نيكروز (موت) في العظام أو تقترح غائر في العضل .
- (٤) بفحص اللسان غالبا نرى الالتهاب اللساني السابق شرحه أو ثقباً في الحنك الصلب .
- (٥) فحص الدم على طريقة وازرمان نجدها إيجابية في ٩٧٪ من الأحوال .
- (٦) مجرّد إعطاء المريض زئبقاً ويادورا يتماثل ويشفى بسرعة غريبة .
- ويلزمنا معرفة الفرق ما بين الزهري الدرني ومرض الذئب الأكل وقد وفيينا ذلك حقه في الشرح .

الفصل الرابع

المرض في دور الخمول والزواج

يعبر عن دور الخمول بالحالة التي لا توجد فيها علامات زهرية ظاهرة على المريض مع وجود وازرمان إيجابي — ويحضر المريض عندنا غالبا لاطمئنان على نفسه فيسألنا فحص دمه وفي أغلب الأحوال يكون عازما على الزواج ومجتهدا في معرفة ما اذا كانت حالته معدية لزوجته أو انسله أو غير معدية ، وللإجابة على هذا السؤال يلزمنا معرفة ثلاثة اعتبارات :

(١) تاريخ العدوى ، (٢) مقدار ما أخذه من العلاج ، (٣) نتيجة وازرمان .

وقبل ظهور طريقة وازرمان كان من المسلم به أن أشخاصا عديدين مصابين بمرض الزهري يرزقون بأولاد خالين من المرض وخصوصا اذا حصل الزواج بعد الإصابة بعدة سنوات وحينئذ يلزمنا اعتبار تجارب العلماء المتقدمين وهذا لا يمنعنا طبعاً من وزن الحالة على أحدث الطرق العلمية من غير أن يحدث ارتباك عقلي للمريض بغاية الامكان .

(١) المصابون بمرض الزهري في الدور الأول أو الدور الثانوي الذين عالجوا أنفسهم على يد أطباء مهرة في صناعتهم ومضى عليهم أكثر

من سنتين بدون ظهور أى عارض ظاهرى ومع وجود وازرمان سلبى
يسمح لهم بالزواج .

(٢) لا يمكننا مطلقا الحكم بمصير الأحوال التى تعطينا وازرمان
إيجابى بعد مضى سنة أو سنتين من تاريخ انتهاء العلاج ولكن من المتبع
أن يعالج هؤلاء مدة سنة قبل التفكير فى صلاحية الزواج ولو فرضنا أن
نتيجة وازرمان كانت إيجابية بعد مضى ثلاث سنوات على العلاج للزم
أن نصرح بالزواج لأن التجارب دلت على عدم تلقیح المرض بعد هذه
المدة مع هذه الشروط .

ويستحب أن تعالج الزوجة فى هذه الحالة أيضا وخصوصا فى ابتداء
الحمل لمدة الستة أشهر الأولى من الحمل حتى نتأكد بذلك من عدم ظهور
الزهري الوراثى فى الطفل .

(٣) المفهوم أن الأسبيروشيت وقوة عداوتها تضمحل وتموت
بمضى الوقت فى الزهري الثلاثى وعلى ذلك تقل نسبة حدوث العدوى
وقد قال بعضهم : إنه إذا وجد مصاب بصمغية فى الأطراف مثلا ومضى
عليه وقت غير قليل لا يمكننا منعه من الزواج الى أجل غير مسمى
وفرصه الشفاء فى هذه الحالة قليلة وغير ممكن الحصول عليها فيلزمنا حينئذ
ألا نتأثر قليلا بنتيجة وازرمان بل يكون الحكم فى هذه المسألة للتجارب
الشخصية وتاريخ حدوث العدوى ومبلغ تأثر المريض من الطرق العلاجية
المستخدمة الشديدة فإذا شفى المريض بسرعة وتغيرت طريقة وازرمان

من ثلاثة أرباع الى الربع مثلا يمكننا أن نقول: إن الحكم في هذه الحالة هو كالحكم في الحالة السابقة وتطبيق نظريات العدوى في هذه الأحوال ليس كما يجب .

والخلاصة أن مركزنا يكون دقيقا جدا في هذه الأحوال ولا نود أن نضغط على المرضى المصابين من مدة خمس عشرة سنة أو عشرين بدون ظهور عوارض زهرية ظاهرية بعلاج شديد والسبب في ذلك أن هذا العلاج قد يكون سببا في تحريك مركز خامل أو التأثير العصبي الشديد على المخ وعلى سبيل الاستدلال نذكر الحالة الآتية :

رجل أصيب بمرض الزهري وهو في السنة التاسعة عشرة من عمره وبعد مدة غير معلومة تزوج ورزق بولدين أدخلوا في العسكرية بعد الكشف الطبي كنمرة (١) وحاربوا في فرنسا غير أن الأب لمناسبة ماقرأه حديثا في الجرائد بخصوص الأمراض الزهرية استصوب فحص دمه وهو في الحادية والستين من عمره فكان إيجابيا بمقدار النصف .

وقد رأى بعضهم أنه لا داعي لعلاج هذا الشخص وهو في هذا السن ولكنني أرى أنه من الضروري علاجه وعلى الزعم الأول أنه لا يرجى مطلقا أن نحصل على وازرمان سلبي وأن كل علاج ننصح به ليس له نتيجة سوى الإجهاد العقلي وتوتر الأعصاب من المشغولية وأن إخبار هذا الشخص ألا يخاف شيئا وأن لا داعي للعلاج مطلقا ربما أثر في أعصابه التأثير الكافي ولو أن ذلك ليس مما تأمر به النظريات المستحدثة ويلزمنا

التنبيه الشديد على الأطباء ألا يسمحوا لأنفسهم بالسير على وراء وازرمان إيجابى وسيأتى وقت تتحقق فيه أن إيجابية وازرمان فى مثل هذه الأحوال لا تحتم علينا علاج الشخص ولكنها لا تدلنا أكثر من أن المريض سبقت إصابته بالزهري يوما ما .

ويلزمنا هنا أن نجزم بأن عملية فحص الدم على طريقة وازرمان نجري بمعرفة أطباء إخصائيين مهرة فى هذه الصنعة ولهم تجارب كثيرة فيها حتى يمكننا الاعتماد على التقارير التى تعطى لنا منهم .



الزهري الوراثي • صفحہ علی و ریدی (یعقوب)

الفصل الخامس

الزهرى الوراثى

إن المرأة التى تضع جنينا مصابا بالزهرى لابد أن تكون هى مصابة به أيضا سواء ظهرت عليها عوارض زهرية أو كان المرض مزمنًا معها فى درجة الحمل .

ومن المعلوم أن العوارض الزهرية التى تظهر على الجنين تتناسب مع المدة التى قضتها الأم وهى مصابة بالزهرى قبل الحمل ولذلك إذا حملت الأم وهى فى الدور الثلاثى وجاءت بجنين حى فلا تظهر عليه علامات زهرية شديدة الوطأة وبالعكس ذلك إذا كانت الأم مصابة حديثًا بمرض الزهرى وحملت فقد يحصل ما يأتى :

- (١) جنين مفقود الحياة ومصاب إصابة شديدة .
 - (٢) الوضع قبل الميعاد القانونى فنجد طفلا عليه طفح فقاقيعى يعيش بضع ساعات تقط ثم يموت .
 - (٣) هذا النوع هو الذى يحضر بالعيادة الزهرية يظهر على الطفل طفح وردى أو طفح بقعى حسمى كظهوره فى الدور الثانوى للزهرى المكتسب غير أنه يكون أكثر انتشارا فى الأطفال عما هو فى الإصابات المكتسبة .
- ويكون الطفل نحيف الجسم مصفر اللون « فقر دم » فراحة اليدين وأنحوص القدمين أهم ما تظهر عليهما العوارض — فإذا وجدنا طفحا من

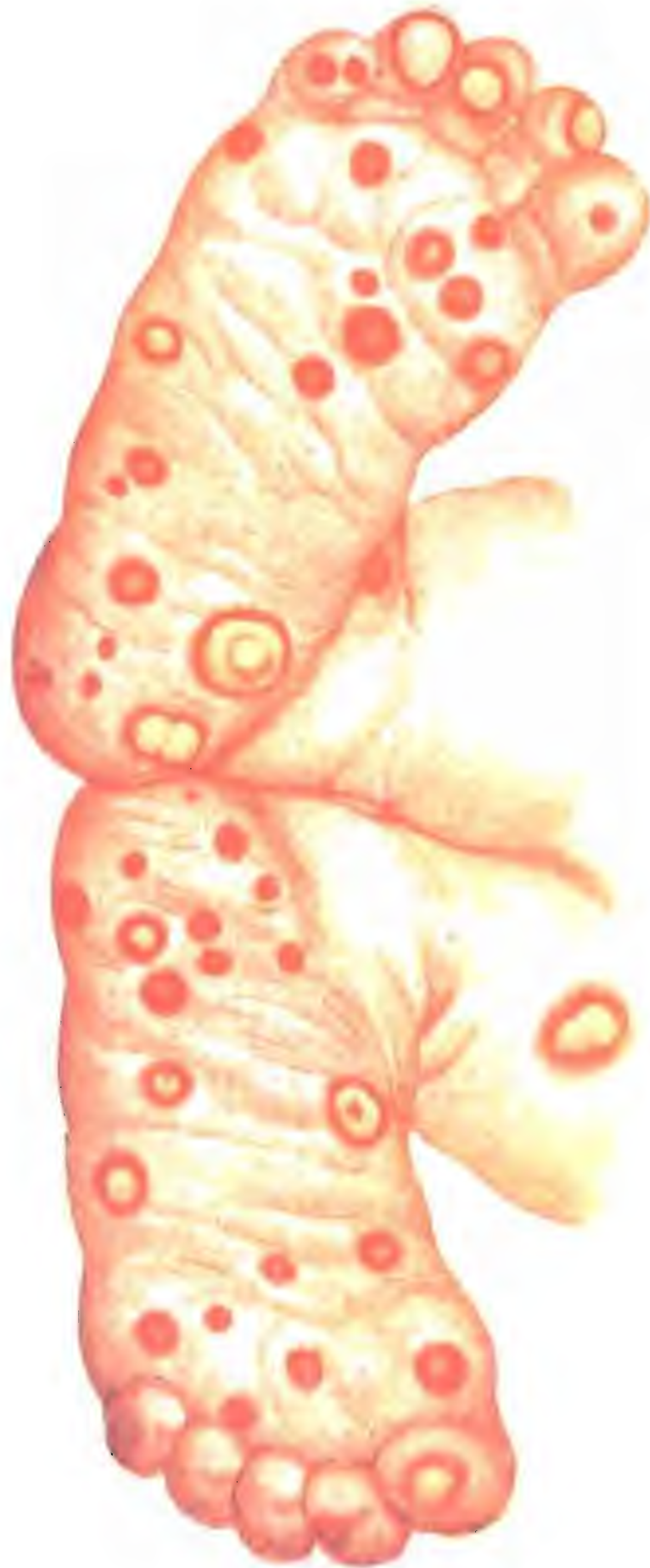
أى نوع كان فى هذه المواضع بطفل حديث الولادة يلزمنا انسؤال عن تاريخ الوالدين ونعتبرها حالة شديدة الاشتباه فالطفح الحامى فى الصفن والشرح المصحوب بزكام فى الأنف وطفحامة فى الكبد أو الطحال مع تحول فى الجسم من ضمن الأعراض .

قد يولد الطفل وعليه الطفح فى أحوال نادرة ولكن يظهر الطفح عادة بعد مضي ثلاثة الى أربعة أسابيع من تاريخ الولادة ويُظن أن الأطفال المولودين بشعر طويل جدا مصابون بالزهري .

إن تشخيص مرض الزهري الوراثي عند الأطفال ليس بهين تصاب الأطفال بطفح مختلف الأنواع لأعراض مختلفة فكثيرا ما نرى طفحا فى العجان والأليتين وفى ثنايا الأنفاذ وردى اللون يشبه الطفح الزهري غير أنه يختلف عنه بعدم وجوده فى راحتي اليدين وأخص القدمين وقد تحدث فى هذا الطفح بثور وتقرحات سطحية ولكن لما لا شك فيه أنه لا تحدث إصابات فى الأغشية المخاطية .

ويجب فى التشخيص على العموم بحث دم الطفل ودم أبويه أيضا عند الالتباس .

للطفح الزهري الوراثي أشكال مختلفة كما فى الزهري المكتسب فالطفح الوردى والبقي والحامى والبثرى والفقاقيعى والصمغى كلها أنواع قد تظهر على الطفل مصحوبة بالتهاب زهري فى الأصابع وكذا التهاب المفاصل وإصابةها قد تظهر متأخرة . تضخم إحدى الخصيتين بدون سبب مما ثم يتبع بضمور الخصية وهى ظاهرة من علامات الزهري



فى السنة الأولى من العمر وبعد ما يبلغ الطفل ستة أشهر تظهر العلامات
الزهرية التى تشابه علامات الزهرى الثلاثى المكتسب فى بعض الأحوال
ولكن من المؤكد أن الصمغيات واصابة الجلد بتقرحات مع اصابة العظم
وخاصة عظم الأنف والحنك الصلب تحدث عادة متأخرة أى فى السن من
الثالثة الى العاشرة من العمر ويلتبس تشخيصها بمرض الذئب الأكل
وبعد الستة العاشرة أو الثمانية عشرة تظهر علامات ثابتة واضحة تنبئ عن
الاصابة الوراثية لمرض الزهرى ويندر اجتماع كل هذه العلامات فى مريض
واحد ولكن وجود إحداها أو اثنتين مجتمعتين منها فيه يوجب إجراء
فحص الدم على طريقة وارمان — وهذه العلامات هى :

(١) تغير واضح دائم فى إحدى القواطع أو كلها فتكون القاطعة مستديرة
الزاويتين بدلا من أن تكون مربعة ذات زاوية قائمة والطرف السفلى مسنن
وغير منتظم أو يكون متخذاً شكلاً هلالياً ويكون السطح المقعر متجهاً الى أعلى .
وغنى عن البيان أن الأسنان تصاب بأمراض كثيرة تسبب أشكالا
مختلفة لها كما يحدث مثلاً من تعاطى الزئبق مع ظهور عوارض تسممية
وأنه يلتبس تشخيصه علينا فى هذه الحالة .

(٢) ومن أهم العوارض فقد حاسة السمع المزدوجة عند سن البلوغ
ويحصل هذا الصمم تدريجياً فان لم يتدارك بعلاج مناسب يفقد المريض
سمعه الى الأبد .

(٣) التهاب غشاء القرنية المزمن المزدوج يحدث بنسبة ٩٩٪
فى سن البلوغ أو قبل العشرين سنة من الزهرى ويلزمنا التنبيه على أن

وجوده حاسم في التشخيص وربما يندى هذا المرض عادة في السابعة والنامنة من العمر وأحيانا يتأخر ظهوره لسن العشرين لتصاب عين واحدة بعتامة خفيفة مع ضعف في قوة النظر ثم تزداد شيئا فشيئا وبالعحص البسيط نجد خيوطا من الأنسجة بيضاء في القرنية غير متلاصقة ثم تزداد شيئا فشيئا حتى يفقد المريض قوة النظر وقد تتبعها العين الأخرى وأن هذا المرض من حسن الحظ قابل للشفاء تمامه بالعلاج بعكس إصابة حاسة السمع .

إصابات المفاصل والعظام

الزهري الوراثي قد يصيب المفاصل والعظام وقد ذكرنا التهاب الأظافر والمفهوم أن إصابة مفصل الكتف في الأطفال تظهر بشكل شلل كاذب في الذراع وكل هذه الأحوال يستشار فيها الجراح عادة فالتهاب الغشاء المغطى لمفصل الركبة غير المصحوب بالحمى يستوجب فحص دم المريض وقد يحصل هذا الالتهاب في الرسغ أو الكعب أحيانا وقد يحصل تدون عظمي في سطح القصبة أو في سطح عظام الجمجمة يعرف بدرنات باروت وهي من العلامات المؤكدة لحصول إصابة زهرية سابقة . ومن الطبيعي أنه يلزمنا عمل فحص دقيق في جميع الجسم للتأكد من عدم حصول هذه الأدران عن مرض كالكساح أو غيره .

تسبب إصابات العظام تغيرا دائما في شكل الوجه في أغلب الأحيان بحيث إذا رآه الطبيب مرة في حياته لا يمكنه أن يلبس عليه أمره مرة أخرى فتأخذ الجمجمة شكلا مربعا مركزيا مع وجود درنة بارزة في وسطها ويصير الأنف قصيرا ، فطححا كسرج الفرس ويوجد نتوء عظمي ظاهر

(لوحة تـ ٨٨)



رغم ذلك - لم يتغير

فى عظمى الصدغ بحيث يعطى مع اجتماعه بالتواء الذى فى الجهة شكل
مقدم الرأس شكلا مستطيلا سطحه غير مائل الى الأمام تدريجيا كالمعتاد وقد
يوجد أيضا درن عظمى فى عظم الجهة تحت الحاجبين مضاعفا لذلك حجم
التجويف العظمى للعينين .

وهذا لا يمنع وجود ثقب فى الحنك الصلب أو أثر التهام بشكل غير
منتظم فى الحنك الرخو بحيث يتداخل ذلك فى وظيفة الصوت .

وفى النساء لا نرى السؤال عن عدد مرات الإجهاض وفى كل هذه الأحوال

يلزمنا فحص الدم على
طريقة وارمان ولو
جاءت النتيجة مشكوكا
فيم يلزمنا إعطاء المريض
قليلًا من المستحضرات
الزرنيجية بمقدار بسيط
وقد استكشف حديثا
أن بعض أحوال الصرع
والبلاهة والغباوة الوراثية
لها علاقة بالزهرى
الوراثى حيث وجدت
وارمان إيجابية ومما
لا شك فيه أن أغلب هذه
الأحوال يتحسن كثيرا
بالعلاج الزهرى .



(شكل ١) الزهرى الوراثى فى سن المراهقة وبعده

الفصل الثاني

علاج الزهري

يعالج الزهري بواسطة : (١) الزئبق ومستحضراته ، (٢) المركبات
الزئبقية ، (٣) البزموت ومستحضراته .

وتوجد ثلاثة عقاير أخرى تساعدنا في أحوال خاصة في العلاج وهي :

(١) اليذور ومستحضراته .

(٢) الكبريت — ويستعمل في حمامات اكسلا شابل فهو يساعد
المريض في أخذ كميات كبيرة من الزئبق كما يساعد الجسم في تصريفها منه
يسهولة دون حصول أعراض تسمم .

العشبة — يرجع تاريخ استعمال العشبة الى زمن استكشاف أميركا
ووجود الزهري حيث كانت الملكة ازابلة تأمر جميع المراكب التي في البحار
بأن تأخذ العشبة معها في السفر لمعالجة المرضى وهي بلا شك تفيده
في أحوال الاضمحلال وافتقار الدم الناتج عن الزهري في دور تحول الثلاثي
ولا زالت الى الآن تستعمل في شكل مستحلب في بعض أحوال زهرية
ثلاثية ومن المؤكد أنه سيأتي زمن قريب جدًا ينعدم فيه ذكر اسم العشبة
في معالجة الأمراض الزهرية .

إن تجاربنا العديدة في الأجيال السالفة برهنت على أن الزئبق فعلا شافيا نافعا لمرض الزهري ويعطى بواسطة الفم — التدليك — الحقن في العضلات — الحقن في الوريد — وكان يستعمل قديما بواسطة التبخير أو بالمستقيم أيضا . وغنى عن البيان أنه لا بد من التأكد من عدم إصابة المريض بالزلال في البول قبل تعاطي الزئبق ومن نصيح المريض بأن يستعمل عجينة من عجائن تنظيف الأسنان أو الغرغرة بواسطة ماء أكسجين بنسبة ١٠ ٪ أو ككورات البوتاس بنسبة ٣ ٪ أو لسترين بنسبة ١ ٪ مرتين في اليوم . ويقلل المريض من شرب الدخان بل يمنع بتاتا اذا وجدت اصابات في الأغشية المخاطية للفم والحنك كما يمنع أيضا من تعاطي المشروبات الروحية من أى نوع كان وأن تعاطي الزئبق لمدة طويلة يحدث افتقارا دمويا ونحولا في الجسم كما أن المريض يكون عرضة لعوارض التسمم وهي التهاب في الأغشية المخاطية للفم والحنك ونزلة معدية معوية — زلال في البول — ويندر جدا ظهور الطفح الزئبقى وتعاطي الزئبق بواسطة الفم أسهل أنواع تعاطي الزئبق وأقلها تأثيرا وكان ذلك هو أحسن طريقة معاومة في الطب فيما سبق من الأزمان .

ويعطى بشكل حبوب مكونة من مسحوق الزئبق والطباشير قمحة واحدة (٦، ٥) مع مسحوق بصل العنصل المركب بقدر قمحة واحدة أيضا ثلاث حبات في اليوم بعد الأكل أو حبوب مكونة من مسحوق الزئبق والطباشير بقدر قمحة ومسحوق الحديد المخفض (ريدكتي) قمحة واحدة أو حبوب مرجال ٤، ٥ والحبة وأن تعاطي الزئبق على هذا الوجه كثيرا

ما يحدث نزلة معدية معوية مصحوبة بمغص أو إسهال ولا يستعمل الآن إلا في ظروف خاصة ولمدة قليلة وقد ظهر أن مسحوق الكبريت أو مياه الكبريت المعدنية تشفى هذه النزلات .

التدليك الزئبقي — يفيد فائدة عظيمة إذا استعمل بواسطة مدلكين إخصائيين على طريقة اكس لمدة ستة أسابيع متوالية . وطريقة استعماله هي أن يؤخذ ما يعادل درهما من المرهم الزئبقي في راحة كف اليد اليمنى وذلك جيدا ولكن ببطء تحت الإبط الأيسر فوق الأضلاع بعيدا عن شعير الإبط لمدة عشر دقائق تماما ويكون الفم مملوءا بالماء أثناء ذلك لعدم ظهور اتسعم الزئبق الكاذب وفي ثاني يوم تكرر العملية في الإبط الأيمن وفي الثالث في الفخذ الأيسر من الداخل وفي الرابع في الفخذ الأيمن من الداخل أيضا وفي خامس يوم في القطن وفي سادس يوم يعطى المريض راحة وفي السابع يعطى حماما كبريتيا وهكذا تكرر العملية لمدة ستة أسابيع متوالية .

الحقن الزئبقية في العضلات — من فوائد هذه الطريقة أن مقدار الزئبق الداخل في الجسم معروف ومعين وذلك يساعد الطبيب في معرفة أن المريض حقيقة تحت العلاج الزئبقي .

يستعمل في هذه الحقن نوعان من الزئبق : أحدهما الزئبق القابل للذوبان والثاني الزئبق غير القابل للذوبان فمن النوع الأول السليمانى وسينور الزئبق وسكينيات الزئبق وسوزيويديور الزئبق الخ . مثال ذلك :

سليماني ١٠ جرام

ملح طعام ٢٠ جراما

ماء مقطر ١٠٠ جرام

من واحد الى اثنين من السنتيمترات حقنة في العضلات مرة كل يومين .
أما الأملاح غير القابلة للذوبان فهي الكالوميل أو (الزئبق الحلو)
— الزئبق المعدني — سليسيالات الزئبق — راسب أصفر .

إن الحقن من هذه المركبات هي أقوى مفعولا من المركبات الزئبقية
القابلة للذوبان وأشد تأثيرا في المرض وتعطى أسبوعيا وأخفها ألما هي
مركبات الزئبق المعدني وأقلها تأثيرا ، وأشدّها ألما هي حقن الكالوميل
وأشدّها تأثيرا — ففي البلاد الانجليزية يفضلون حقن الزئبق السنجابي
عن غيرها وفي فينا يفضلون سليسيالات الزئبق عن غيرها أما في مصر فكثيرا
ما تشكى المرضى من الألم المسبب عن حقن سليسيالات الزئبق ولكن
بالنسبة لشدة تأثيرها في المرض يمكننا في أغلب الأحوال التغافل عن الألم .

زئبق سنجابي ٤٠ ٪ مركب من :

زئبق معدني ٤٠ جرامات

زيت زيتون ٣٠ »

لانواين ٣٠ »

يحقن ما يعادل نقطة الى نقطة ونصف من الزئبق المعدني في الآلية
مرة في الأسبوع وذلك بواسطة حاقنة خاصة .
سليسيالات الزئبق ١٠٠ جرامات .

سائل برفين ١٠٠٠، ١٠٠٠ جرام .
 يعقم بواسطة الغليان تحت الضغط .
 يحقن من واحد الى اثنين من السنتيمترات في الألية مرة كل خمسة
 أيام الى سبعة .

ومركبات حقن الراسب الأصفر هي ٢ ٪ في سائل البرافين
 المعقم والكالوميل هي ١٠ ٪ في سائل البرافين المعقم أيضا وأما إضافة
 المختدرات مع الكالوميل أو الزئبق المعدني فليس لها سوى فائدة وقتية
 وفي بعض الأحوال تسبب هذه الحقن أوراما صلبة في الألية ناتجة عن
 حبس سائل البرافين في الأنسجة ولكنها مع مضي الزمن غالبا تنصرف
 وفي حالة حدوث التسمم الزئبقي لا شك أن هذه الحقن تكون أشد خطرا
 على المريض من حقن المركبات الزئبقية القابلة للذوبان فيلزمنا والحالة هذه
 أن نبتدئ أول حقنة ربع مقدار لكي نعرف مزاج المريض للزئبق .

العلاج بواسطة المركبات الزرنيخية البنزولية

يرجع تاريخ استعمال الزرنيخ في مرض الزهري الى سنة استكشاف
 الاسبيروشيت بوليدا المسببة للزهري فحينما علم أن مرض الزهري
 مسبب عنها كان معلوما لدى الطب تأثير الزرنيخ الخاص في أنواع
 الاسبيروشيت فخربت المستحضرات الزرنيخية المعلومة في ذلك الوقت مثل
 أتوكسيل — سوامين — ارساستين — أرسودان — الخ فوجد لها
 بعض التأثير ولكن المضاعفات التي تحدثها كالتهاب في العصب البصري
 جعلتنا ننبذها ونفكر في مستحضرات زرنيخية تكون ذات تأثير في مرض

الزهرى وليس لها أى تأثير أو مضاعفات ضارة للجسم وأخيرا استكشف العلامة إرنخ مستحضر ٦٠٦ المعروف تحت اسم سالفريسان (داى أكسى داى ميدو أرسينو بنزول ديهدرو-كلوريد) .

إن مستحضر سالفريسان صُنع أولا فى معامل بروننج بألمانيا تحت ملاحظة مستكشفه العلامة إرنخ ولكن ظروف الحرب الاستثنائية قضت بأن يصنع فى معامل كثيرة من الدنيا تحت أسماء مختلفة مثل الجارسيفان — أرسينو بنزول — دى أرسيتول — أرسينو بلون — ومن الغريب أن المشاهد فى تأثير هذه المستحضرات المشابهة لمستحضر سالفريسان الأصلي والمعادلة له كياويا أنه ليس كتأثير المستحضر الأصلي فى المرضى ومع الأسف لا يمكننا تعليل ذلك .

استعمل السالفريسان أولا حقنا تحت الجلد فكانت نتيجةها تقريبا تكرويا بالجلد صعب الشفاء شديد الألم ولكن تأثيره فى مرض الزهرى كان كالسحر وقد شجعنا ذلك على استنباط طريقة أخرى تكون خالية من الألم فأعطى فى العضلات فى الألية ويسبب ذلك ألما شديدا وقت الحقن وبعده لمدة ثلاثة أو أربعة أيام مصحوبا بورم فى الألية ولكن صارت نسبة التقرحات قليلة جدا وأخيرا تقرر بعد تجارب كثيرة أن يحقن فى الأوردة نعم إن هذه الطريقة خالية من الألم بالمرّة سريعة التأثير فى المرضى ولكنها صعبة العمل — الصعوبة فى تركيب الدواء نفسه قبل الحقن وعمل الحقن نفسه فى الوريد وأن تأثير هذا الاستكشاف فى العالم الطبى

كان شديدا حتى إن أغلب الأطباء ابتدؤا تجربته من (إخصائين وغيرهم) مما أوقعنا في ارتباك شديد لكثرة نسبة المضاعفات نظرا للأيدى غير المتميزة على العمل .

يذاب السلفرسان في الماء المتطريعطى محلولاً حمضياً ويلزمنا أن نعادل به بمحلول الصودا الكاوية بمقدار ١٠ ٪ لأجل الحصول على محلول متعادل قبل الحقن وذلك يحتاج الى كثير من التمرن وكان ذلك عقبة في انتشار استعمال السلفرسان وكل هذا جعل العلامة إرنج يجتهد في أن يستكشف مركبات تكون معادلة بحيث لا يحتاج الى أى عناء في التحضير قبل الحقن فاستكشف مركب ١٢٠٦ المعروف تحت اسم صودا سلفرسان غير أنه تبين أن هذا الدواء أقل تأثيراً في مرض الزهري من سلفرسان الأول ثم استكشف مستحضر ٩١٤ المعروف تحت اسم نيو سلفرسان — أى سلفرسان الجديد (فورمالدهيد سلفوأكسليت الصودا مع دى أكى دى ميدو أرسينو بنزول) والمستحضرات المشابهة له والمعادلة له كإموريا من معامل أخرى تحت أسماء نيوخارسيقان — نوفا أرسينو بنزول — نوفا أرسينو بلون — نيودي أرسينول .

وكل هذه مستحضرات تذوب سريعاً في قليل من الماء المتطري وتصلح إذ ذاك للحقن غير أنه لا يمكن أن تستمر طويلاً في المحلول دون تغيير خصائصها وتصير سامة فمن الضروري جداً أن نكون على استعداد تام قبل الشروع في تذويب الدواء .

وقد استكشف مستحضر جديد معروف باسم ١٤٩٥ ولكن تركيبه الكيماوى لا يزال سرا من الأسرار ومن مميزات هذا التركيب عدم تغيره بعد الذوبان لمدة ساعات .

وعلى ذكر مركبات سلفوسان مع الصودا استمر العلماء فى البحث فحاثوا لنا بمركبات سلفوسانية مع الفسفور (جليل) و بمعادن أخرى مثل البلاتين — الذهب — النحاس — الفضة — والانتيمنيوم .

وأهم هذه المستحضرات هو فضة السلفوسان فله تأثير شديد فى مرض الزهري وأقل منها نسبيا فى حدوث مضاعفات بعوارض التسمم ويعطى فى الأحوال التى قاومت تأثير السلفوسان أو النيوسلفوسان . ومن الضرورى عدم إعطاء الزئبق مع هذا المستحضر وبالنسبة الى ارتفاع نسبة الزرنيخ فيه قد تبين أنه يحدث أحيانا زلالا مما يبرهن لنا على شدة تأثيره على الكلى أيضا ويعطى بمقادير ٠.١ و ٠.١٥ و ٠.٢ و ٠.٣٥ سنتيمترا مذوبا فى الماء المقطر المعقم حقنا فى الوريد حقنة كل خمسة أيام الى سبعة .

وقد وجد النيوسلبرسلفوسان (مستحضر فضة سلفوسان الحديد) أقل تأثيرا على المرض من سابقه غير أنه لا يحدث أى عوارض تسممية بالمرّة ويعطى بمقادير ٠.٣ الى ٠.٤ سنتيمترا مذابا فى بضعة سنتيمترات من الماء المقطر المعقم وهو سهل الذوبان عن سابقه ولم يمض الوقت الكافى للحكم على تأثيره فى المرض ورأى الخاص أنه من أضعف المستحضرات الزرنيخية تأثيرا فى المرض .

السلفارسنيون (الكبريت الزرنيجي) مستحضرا فرنسي حديث لم يمض عليه الوقت الكافي للحكم له أو عليه ولكن الفرنسيين يذكرون مميزات الآتية :

(١) يحقن بعد إذابته في نحو خمسة السنتيمترات المكعبة من الماء المقطر في الوريد أو العضلات أو تحت الجلد .

(٢) ليس عرضة للتدخل بسرعة بعد إذابته كباقي المستحضرات الزرنيجية .

(٣) لا يحدث أى مضاعفات بالوفاة أو مسببة لعاهات .

(٤) عدم حدوث ألم بالمرارة مما يحجب استعماله في الأطفال وعند النساء الغير ظاهرا لها أو ردة .

أهم النقاط في علاج الزهري

يلزم اعتبار كل قرحة في الجهاز التناسلي زهرية ولو أن الفحص البكتريولوجي يظهر نتيجة سلبية للاسبيروشيت وذلك اذا وجدت ظواهر أكلينيكية على المريض وتهمنا هذه النقطة من جهة ابتداء العلاج المبكر وقد عملت إحصائيات كثيرة منها إحصائيات العلامة هارش التي أثبت بها نسبة ١١,٣ من الأحوال نكس فيها المرض بعد العلاج في أحوال ابتداء العلاج عند ظهور القرحة فقط ونسبة ٣٣,٧ نكس في الأحوال التي عولج فيها أثناء وجود الزهري الثانوي .

العلاج يلزم أن يكون بشدة وبنظام ولمدة طويلة — من المعلوم أن مزاج بعض المرضى يكون سريع التأثير بالأدوية أو تكون الاسبيروشيت

قليلة المفعول فيهم أو يتأثرون بالاشين معا بحيث يكون قليل من الدواء يشفى المريض ولكن وجود مرضى بعكس ذلك وعدم معرفتنا مزاج المريض يحتمل علينا اتباع هذه القاعدة وهى استمرار العلاج بشدة ولمدة طويلة .

كل مرضى الزهري يلزم أن يكونوا تحت المراقبة الطبية لمدة سنتين على الأقل ويلزم الأطباء أن يفهموا مرضاهم بأن عدم ظهور عوارض ليس معناه انتهاء المرض .

والزئبق وحده لا يشفى الزهري قطعيا فقد وجد أن ٨٣٪ من الأحوال التى عولج فيها المريض بالزئبق لمدة سنة انتكست وكان عددها ٣٨٧ حالة ولكن العلاج المركب أى بواسطة المستحضرات الزرنيخية والزئبق لمدة سنة قد انتكس منها نحو من ٣٩,٣٪ وذلك كله نحو ١٥٢ حالة .

من الصعب جدا وضع أى برنامج مقيسد للعلاج حيث تختلف جدا أمراض المرضى وكل مريض يحتاج الى برنامج خاص يوافق مزاجه وأما وضع برنامج مقيسد فليس فى صالح المريض .

يستحسن كثيرا أن يفحص سائل النخاع الشوكى على طريقة وازرمان كلما انتهى علاج المريض وقبل الحكم بشفائه .

الطريقة العملية لتركيب الحقن وإعطائها

حيث إن مركب سلفرسان لا يستعمل الآن مطلقا نظرا للأسباب السالفة الذكر وأيضا لأنه يحدث تلفا عظيما فى المستقبل للأغشاء المبطن للأوعية لذا لا نرى ضرورة ما لشرح كيفية عمل محلوله وإعطائه .

أما نيوسلثرسان - ٩١٤ - وما يعادله من الأدوية الأخرى
المساوية له كياوريا فهي كما يأتي :

- الحقن في الوريد يستحسن أن ينتخب أحسن الأوردة التي يمكن
العمل فيها وهذه هي الأوردة الموجودة في الذراع عند المرفق من الجهة
الأنسية - فأىوريد بارز كبير الحجم في هذه الجهة يمكن الحقن فيه .

ويستعمل الضغط بمبدأ عن محل الوريد المنتخب في الجهة العليا
منه بمسافة ثلاث إلى أربع بوصات وذلك لحجز الدم الوريدي السطحي
فيتمتفخ الوريد المنتخب ويستعمل في الضغط إما اليد وإما رباط
بسيط من المطاط أو القماش ثم تكسر أنبوبة النيوسلثرسان بواسطة
مبرد ويؤتى بكأس معتم صغير وبه نحو ثمانية سنتي مترات مكعبة
من الماء المقطر المعقم الدافئ فيوضع المسحوق في الماء لا الماء على
المسحوق فيذوب بسرعة ويؤخذ المحلول في حاقنة من الزجاج سعة
١٠ سنتيمترات ويستعمل تطهير بسيط فوق سطح الجلد بواسطة
البسترين أو الأثير ولا يلزم استعمال صبغة اليود لأنها تلون الجلد ولو
وقتيا وهذا أمر غير مرغوب فيه في أغلب الأحوال ثم توضع الابرة
في الوريد ويستحسن أن يكون وضعها في الجزء الخارجي منه (ويلزم
أن تكون الابرة المذكورة لا تقبل عن أربعة سنتيمترات في الطول
و ٤ مليمترات في السمك) وتتأكد من وجودها في الوريد بالسماح
لنقطة أو نقطتين من الدم بالسقوط للخارج ثم نصل الحاقنة بقم الابرة
ونجذب قليلا من الدم في الحاقنة مع ملاحظة عدم وجود أى أنسكاب

دموى حول الوريد المنتخب ونرفع الضاغطة ثم نحقن السائل تدريجياً مع الاحتراس من إحداث أى ورم مسهب عن أنسكاب أى جزء من السائل حول الوريد فى الأنسجة فإذا حصل ذلك يلزمنا سحب الإبرة وتكرير العملية فى موضع آخر وعند انتهاء الحقنة يضغط على الوريد بواسطة قطعة من القطن المغم قليلاً قليلاً فيبطل النزيف وأن حقن سنتيمتر واحد أو أى كمية تحت الجلد يسبب ألماً شديداً فى الحال يعقبه ورم والتهاب شديد فى الأنسجة ويستحسن إذا حصلت هذه الغلطة أن ينصح المريض بعمل ضمادات ساخنة من الماء المعتاد كل ساعة مرة . وقد يستحسن أيضاً حقن كمية صغيرة نحو خمسة سنتيمترات مكعبة من الماء المقطر لتخفيف قوة المحلول المركز فى الأنسجة وتوزيعه وثنى عن البيان أنه لا تعمل هذه العملية بواسطة المحلول المركز إلا بواسطة طبيب ماهر متمرن ومميزات هذه الطريقة هى بساطتها وسرعتها وأنها تجعلنا فى أمن من تضيق أى وقت من ساعة فتح الأنبوبة وتذويب الدواء وحقنة فى الوريد كما أن الكمية الصغيرة المستعملة من الماء المقطر لا تضر المريض إذا فرض أنها كانت غير نقية ومن المحتمل جداً أن المحلولات المركزة تفرز ببطء عن المخففة .

الحقن فى العضلات

إن استعمال السلقرسان نفسه (٦٠٦) يحقن فى الألية تحت العضلات طريقة قديمة أهملت بسبب حدوث الألم الشديد وقت الحقن وبعده

وكانت أيضا سببا في بعض الأحوال لحديث زكروز (موت) في عموم أنسجة الألية تحتاج الى مدة كبيرة للاتحام وفي بعض الأحوال رأينا هذه الحقن تحدث وربما داخل العضلات ضاغطا على العصب مسببا ألما ينجيع الرجل كما يحدث في عرق النسا ولذا أهملت بالكلية فلا فائدة من شرحها وأما حقن السلفورسان — ٩١٤ — وما يعادله من الأصناف الأخرى فيكون بمقدار ٣٠ ر. الى ٦٠ ر. في الألية تحت العضلات بمحلول مركز من سلتى الى أربعة سنتيمترات مكعبة مصحوبا بسنتيمتر واحد من محلول أستوفايين ٤ / ١ لتلطيف الألم .

وهي تستعمل في بعض الأحيان خصوصا في أحوال الزهري الوراثى عند الأطفال ويمكن إعطاء ٦ حقن متوالية كل أسبوع حقنة .

إعطاء المستحضرات الزرنيجية بواسطة الشرج

هذه الطريقة وجدت تشجيعا كثيرا من بعض الأطباء في سنة ١٩٢٠ أو ما قبل ذلك بقليل وهي مؤسسة على فكرة العلامة لبفاديتي وهي أن محلول السلفورسان لا يمكنه أن يقتل الاسبيروشيت خارج الجسم ولكن اذا وضع قليل من خلاصة الكبد في هذا المزيج وجدنا الاسبيروشيت يموت بسرعة وعلى ذلك اعتقد أن السلفورسان في الجسم لا يكون قاتلا للاسبيروشيت ما لم يمر بالكبد وحيث ذلك يكون قاتلا للاسبيروشيت ولذلك اذا استعملنا السلفورسان بهيئة أقماغ في الشرج يمكن اعتصامها بواسطة الأمعاء الصغيرة ثم تتحول للكبد مباشرة وتدخل الدورة الدموية

وتكون إذ ذاك قاتلة للأسبيروشيت ويعطى المريض كل ثلاثة أيام قعما واحدا مسبوqa بحقنة شرجية لتنظيف المستقيم وبعد استعمال ستة من الأقماع يعطى المريض راحة نحو أسبوعين وهكذا دائما وقد نصبح بعضهم أنت يعطى قعما كل يوم في أحوال الزهري الحادة، أما رأيي في هذا الموضوع فهو أن ما يحدث كإلحاق الجرح الجسم ليس من الضروري حدوثه داخل الجسم وثانيا أن استعمال الأقماع في المستقيم ربما تنتهي بالتهاب موضعي في المستقيم نفسه يكون ناتجا عن الزرنيخ وبناء على ذلك أرى أنه لا فائدة مطلقا في إعطاء الزرنيخ بهذه الطريقة خصوصا وأن المقادير الزرنيخية التي في هذه الأقماع ضئيلة .

تحضير المريض قبل الحقن والعلاج وبعد الحقن

يلزم فحص بول المريض خاصة من أجل الزلال والسكر وقد سبق إبداء رأيي في هذا الموضوع ويستحسن أن يأخذ المريض في مساء اليوم قبل الحقنة ملينا خفيفا وعشاء خاليا من اللحوم وفي يوم الحقنة يؤمر المريض بأخذ قليل من اللبن مع القهوة أو الشاي قبل ميعاد الحقنة بأربع ساعات ولا يسمح له بأي غذاء صلب في يوم الحقنة .

يستحسن أن يلازم المريض فراشه بعد الحقنة وألا يأخذ أى طعام سوى اللبن وذلك لا يكون قبل مضي أربع ساعات بعد الحقنة ولا يمنع من تعاطي الماء بكثرة لحصول إدرار في البول، ومن المهم جدا أن تكون الطبيعة لينة ثاني يوم الحقنة وبعدها لأن مضار الزرنيخ ناتجة من عدم تصرفه من الجسم .

العوارض الظاهرية التي ربما تحصل وقت تعاطي الحقن الزرنيخية أو بعده هي عدم توازن المجموع العصبي أو ما يعبر عنه بالبحران المنفجر .
 وأو حدث ذلك نجد عادة احتقانا شديدا في الوجه وانتفاخا في الوجنتين وتمتدا في أنسان العينين ونبضا سريعا واختناقا شديدا في التنفس وألم في جهة القاب وفي بعض الأحوال الشديدة نجد ورما في الوجه واللسان وتعطيل في الجهاز التنفسي وارتعاشا في الشفتين مصحوبا بغيوبة بسيطة وقتيا وبقى شديد في النادر خصوصا في الأحوال التي لم تراع فيها التعليمات الخاصة بالأكل قبل الحقن .

وقد يحصل أحيانا إغماء شديد مصحوب بقاء .

يشعر المريض بشيء كطعم النوم في فمه وذلك يعقب عادة الحقن بالمحلولات المركزة .

ما يحصل بعد الحقن بساعات قليلة

قد يحصل للمريض قشعريرة بسيطة يعقبها ارتفاع الحرارة الى درجة ٣٨,٥ سنتيجرادا وذلك بعد مضي وقت من ساعة الى ثلاث ساعات بعد الحقنة وقد تكون مصحوبة بألم في الرأس وتستمر مدة اثني عشرة ساعة وفي الأحوال النادرة مدة يومين ويقول بعضهم : إن هذه العوارض ناشئة عن استعمال ماء غير حديث التقطير .

ويحصل في بعض الأحيان مغص مصحوب بقاء أو إسهال وذلك عقب القشعريرة أو بدونها .

الهربس الحمى قد يحصل عقب ارتفاع الحرارة مباشرة أو فصل
هكسيميتر ويحدث عادة بعد حقن السلفوسان بمدة اثنتى عشرة ساعة
عقب الحمى ألم الرأس وانحراف مزاج وورم فى القرحة الأولية وتعاظم بهالة
حمراء زاهرة وكذا انتفاخ فى الطفح الثانوى مع اشتداد وازرمان .
رد الفعل الذى يحدث بعد يومين الى شهر أو أكثر بعد الحقنة .

(١) الزلال — فى بعض الأحيان نجد زلالا فى البول مع قلة فى كمية
البول فى مدة ٣٤ ساعة ووجود الزلال وقتى فى أغلب الأحوال ولكنه
يمنعنا من الاستمرار فى الحقن حتى يزول تماما .

(٢) التهاب فى تجويف الفم — صار من المسلم به الآن أن المرضى
الذين يعالجون بالزرنبيخ مع الزئبق أكثر عرضة لالتهاب الفم من التسمم
الزئبقى عن الذين يعالجون بالزرنبيخ أو الزئبق كل على حدته .

(٣) الألم المزمن فى الرأس وضعف الشهية مع انحراف فى المزاج
ونقص فى الوزن العمومى للجسم وكل هذه الأعراض تنذرنا بأن المريض
لا يحتمل كثيرا من الزرنبيخ ويلزمنا الحذر من التمادى فى إعطائه .

(٤) التهابات جلدية .

(٥) الشوكية الوردية — قد يظهر الطفح بعد الحقن مباشرة
أو بعده بأيام وهذا انذار شديد للكف عن التمادى فى إعطاء الزرنبيخ
فقد يظهر طفح وردى فى الاثنتى عشرة ساعة الأولى بعد الحقنة مصحوبا
بارتفاع فى الحرارة ثم يزول أو تزول الحرارة ويستمر الطفح ويظهر قشر

خفيف كالحالة ويتحول لون الجلد الى أحمر بني وفي بعض الأحوال يظهر تقشير عام في الجلد في جميع الجسم مصحوبا بانتفاخ في الوجه وقد تزيد الحالة عن ذلك وتظهر ققاييع وبثرات مصحوبة بقشور مع أكلان شديد ثم يتبدئ في الزوال تاركا الجلد في حالة ضمور وفي أحوال ليست نادرة ترتفع الحرارة وتصبح بإسهال وتعقبها الوفاة أو تضاعف بالتهاب رئوي شعبي ينتهي بالوفاة أيضا .

(٦) اليرقان — هذا أقل حدوثا نسبيا من الحالة السابقة وله ثلاثة أنواع : (١) يرقان الزهري الثانوي ، (٢) يرقان بجزء من رد فعل هكسهيمر وذلك نتيجة لما يعمله الدواء مع الاسبيروشيت في الكبد ويحصل عادة بعد أول أو ثاني حقنة ، (٣) يرقان زرنيخي حقيقي ويعقب ثالث أو رابع حقنة وربما ينتهي بالتهاب أصفر حاد ضموري للكبد .

(٧) عوارض مخيعة تبتدئ بألم شديد في الرأس وعدم انتظام في المنخ وتشنجات مع غيبوبة (كوما) وارتفاع شديد في الحرارة ينتهي بوفاة ويحصل ذلك في مدة اليومين الأولين من تاريخ إعطاء الحقنة وقد وجد في التشريح المرضى أنزفة موضعية سطحية في الغشاء السحائي والمنخ .

معالجة عوارض رد الفعل

تعالج العوارض الحالية التي تظهر عقب الحقنة مباشرة بشكل مفرق بواسطة حقن واحد الى اثنين من السنتيمترات المكعبة من محلول الأدرنالين بمقدار $\frac{1}{10}$ تحت العضلات .

وأما القشعريرة الشديدة وألم الرأس والحمى الشديدة فلا يلزم لها سوى الراحة في الفراش وفي بعض الأحوال يصرح بإعطاء قرص من الأسبرين .

وفي العوارض الجلدية تعالج الشوكية الوردية التي تحصل عقب الحقن مباشرة بواسطة فصد قليل من الدم وإعطاء مسهل شديد ومدتر للبول .

وفي الأحوال الشديدة التي بها التهاب جلدى قشرى يلزم تنظيم الغذاء واستعمال حمامات الردة أو البورق يوميا ويدلك الجلد بمزيج قايض مطهر وفي أحوال ظهور بثور كثيرة يمكن استعمال مرهم الاكتيول بمقدار ١٠/١ موضعا وإعطاء حبوب اكتيول من ١٥ ر. ستنى الى ٣٠ ر. ستنى فى الحبة ثلاث مرات يوميا وذلك لا يمنع استعمال حقن الفكسين الاستيلاكوك المختلط بمقدار ٥٠٠,٠٠٠,٠٠٠ مليون فى سنتيمتر مكعب — لا يستعمل هذا الفكسين إلا بعد التحقق من حالة القلب فيعطى إذ ذاك إما حقنا تحت الجلد أو حقنا فى الوريد حفنة فى كل أربعة أيام .

النكسات العصبية

كثيرا ما نشاهد شللا أو بعض شلل فى عصب السمع أو عصب الوجه أو العصب المحرك العينى بعد مضي نحو ستة أسابيع من استعمال السلفرسان وقد كان يظن فى بادئ الأمر أن هذا ناتج عن تسمم زرنيخى ولكن اتضح أخيرا أن ذلك ناشئ من عدم استعمال الزرنيخ بمقداره اللازم .

ما لا يتفق مع علاج السلفرسان

المرضى المصابون بأمراض زهرية في القلب ذاته — في الشرايين — في المجموع العصبي المركزي — أمراض الكلى والكبد والحنجرة — يحصل لهم رد فعل شديد بعد الحقن ربما كان سببا في الوفاة ولذلك يلزمنا التنبيه بفحص المريض جيدا قبل حقنه والتأكد من أنه خال من هذه الأمراض . إن المصابين بمرض كاولي معترضون لأن تضاعف اصابتهم بتسمم فرونيخي عام بسبب التهاب كاوليا حادا ناتجا عن عدم تصريف الزرنيخ من الجسم . فمن الضروري جدا فحص البول للتحقق من عدم وجود الزلال قبل الحقن وبعده .

المدمنون على الخمر يلزمنا الحذر معهم . والمرضى المصابين بأمراض جلدية مثل الاكزيم يلزمنا ملاحظتهم خوفا من انتشار التهاب الجلد الموضعي وتحوله الى التهاب جلدي عمومي ويستحسن في هذه الأحوال الأخيرة البدء بمقادير ضئيلة وتكون المدة بين الحقنة والأخرى أطول من المعتاد .

البزموث — إن تاريخ استعمال البزموث في علاج الزهري يرجع الى سنة ١٨٨٩ بواسطة العلامة بلزر غير أنه لم تثبت نتائجه الفعالة في الزهري إلا في سنة ١٩٢١ حيث أعلن العلامة فرنير تجاربه عن مائتي حالة استعمال فيها البزموث لعلاج الزهري وقد وصفه بأنه علاج شديد قوى ومن ذلك الحين أخذ الناس في استعماله وظهرت تقارير أخرى عنه في العالم الطبي وقد جاءت هذه التقارير بما يفيد أن استعمال

البرموت ولو أنه يفيد كثيرا في علاج الزهري غير أنه ليس بشاف له ولا يمكن الاتكال عليه وحده في معالجة المرض إن علاج البرموت ليس مضرا للجسم إذا أخذنا الاحتياطات اللازمة في منع عوارض التسمم وهي تنحصر في التهاب في الفم والحنك كالذي يحصل من الزئبق وزلال في البول ناشئ عن التهاب خفيف في الكلى ويأخذ البرموت مركزا في علاج الزهري ما بين المستحضرات الزرنيخية والزئبق فيستعمل عادة في الأحوال التي لا تتحمل علاج الزرنيخ والزئبق أو في الأحوال التي ظهر فيها مقاومة شديدة من البنية ومن المرض لعلاج الزئبق أو الزرنيخ مع استمرار وازرمان إيجابي .

يلزمنا التنبيه الى أنه لا يستعمل البرموت حقنا في الوريد لشدة خطره .

ويسبب البرموت التهابا في الفم والحنك مبتدئا برائحة كريهة في الفم مع وجود خط أزرق على اللثة ثم تتكون غشاءات مخاطية كاذبة مع تقرحات خفيفة أو غائرة ملتهبة ربما اقترنت بالتهاب في الأمعاء الدقيقة أو الغلاظ والالتهاب الكلوي الشديد الحاد قليلا ما يعقب حقن البرموت وكذا لا يعقب هذه الحقن قشعريرة أو حمى ولكن من الملاحظ أن المريض يزيد في الوزن في أوائل علاجه ثم يتبدى بفقد كثير من وزنه وربما يصحب ذلك ألم في الرأس أو يرقان .

ومن رأى العلامة كول أن البرموت يضعف ويحاصر الاسبيروشيت في مكانها ولا يميتها .

ومع الاعتراف بأن العلاج بالزيموت ما زال في المهد غير أن النتائج التي
تحصلنا عليها بواسطته ترغمتنا على الاستمرار في مباحثنا العلمية عن نتائج
وقد وجدت كثيرا من المستشفيات في برلين تستعمل الزيموت والسلقرسان
دون استعمال الزئبق وفي أمكنة أخرى وجدنا استعمال المستحضرات
الزهرية فقط في العلاج الزهري وبناء على ذلك يلزمنا القول بأن الآراء الآن
منقسمة في تقدير فوائد الزيموت في العلاج ويظهر أن المسألة أخذت شكلا
وطنيا أكثر منه علميا فبينما نجد المقالات الطنانة والنتائج الباهرة باستعمال
الزيموت في فرنسا نجد في النمسا عدم التشجيع بالكلية على استعمال هذا
العلاج وهكذا .

الأملح المستعملة — هي طانرطاروا زيموتات الصودا والبوتاس —
يدور الزيموت والكيما وغيرهما — تستعمل حقنا في العضلات في الآلية
مرة كل أسبوع بمقدار سنتي الى اثنين من السنثيمترات المكعبة في الحقنة
وقد وجدت مستحضرات كثيرة جاهزة تحت أسماء مختلفة وكلها من
أملح الزيموت غير الذائبة مثل بسمجنول ميلانول الخ .

اليدور

يستعمل اليدور في علاج الزهري على شكل مركبات غير عضوية
معروفة تحت أسماء يدور البوتاس — يدور الصودا — يدور الجير —
يدور إسترنيوم كما يوجد أيضا مستحضرات عضوية جاهزة تباع تحت
أسماء مختلفة :

(١) فعل اليدور — يلزمنا التأكيدها بأنه ليس لليود أو مركباته فعل شاف لمرض الزهري فانها لاتهاجم الاسبيروشيت ولكنها تعتبر ضمن الأدوية المساعدة للعلاج — ففي الزهري الثلاثي نلاحظ أن استعمال اليود يسبب امتصاص الأورام الصمغية بسرعة مذهشة خصوصا التي تكون حول الشرايين الصغيرة .

(٢) يعطى اليدور بمقادير مختلفة من ٥ الى ٢,٧٥ جرامات ثلاث دفعات في اليوم بعد الطعام مخففا كثيرا بالماء ولا ننسى أن اليدور بالمقادير الكبيرة مدر للبول وهذا يفهمنا السبب الذي من أجله ينصح في بعض أحوال التسمم اليودي بمضاعفة المقدار للمريض .

(٣) التسمم اليودي — سبق شرح عوارضه في تشخيص الزهري الثانوي وقد وجد بعض أشخاص ذوي مزاج حاد لليود ففي الأحوال البسيطة يمكن ادراك ذلك بزيادة المقدار أو بمزج المقدار مع سائل النوشادر العطري أو كربونات النوشادر أو مستحلب الكينا الخ وفي الأحوال ذات المزاج الحاد لليود يلزمنا ابدال اليدور بمستحضرات جاهزة مثل يوديين — يدوجليدين الخ .

علاج الزهري في درجاته المختلفة

لا يوجد الآن مع الأسف اتفاق عام على طريقة انتخاب العلاج الشافي ولا يهتمنا في هذا المكان ذكر أسباب ذلك وإنما يظهر أن الاختلاف مؤسس على عدم اعتماد السلفرسات ومركباته الزرنيخية كشاف للزهري أو مجهض للمرض إلا في أحوال ابتداء العلاج في الزهري الأقل وعلى ذلك

يلزمنا التنبيه الى انتهاز الفرصة وإعطاء علاج شديد ليتم الشفاء في مثل هذه الأحوال وكل ما يمكننا من القول هو شرح علاج تمهيدى يمكن اتخاذه كأساس للطبيب في معالجة أحوال كثيرة بنائج مرضية .

(١) أحوال الزهري الأولى المبكر .

المقصود من ذلك أن يكون عمر القرحة الأقلية خمسة أسابيع على الأكثر من تاريخ التعرض للعدوى وغدد الأوربية منتفخة قليلا مع عدم وجود أى انتفاخ فى الغدد اللقافية الأخرى حتى التى فوق المرفق ويكون ذلك مصحوبا بوازرمان سلبى — ففى هذه الحالة يحتمل الحصول على الشفاء بحقن المستحضرات الزرنيخية وقد نصح العلامة سكوايرا باستعمال الطريقة الآتية فى مستشفى لندن :

نيوسلفارسان أو ما يعادله ٦٠ ٩٠ ٩٠ ٩٠ للذكر .
٦٠ ٦٠ ٩٠ ٩٠ للإنتى .

يتبع ذلك بحقن زئبقية أسبوعيا من الزئبق السنجابى أو سالييلات الزئبق ويترك المريض شهرين بدون علاج ثم يمتحن دمه بوازرمان التى تظهر فى أغلب الأحوال سلبية — ومن رأى تكرار العلاج ثم الراحة شهرين ويفحص الدم ثانيا فان ظهرت النتيجة سلبية يلزمنا ترك المريض والتوصية لفحص دمه مرة فى كل شهرين مقدار ثلاث مرات فان جاءت النتيجة سلبية أيضا بعد ذلك يفحص الدم بعد مضي سنة فان كانت النتيجة سلبية يعتبر المريض قد شفى من مرضه .

(٢) الزهري الأول المتأخر - يحضر المريض بعد مضي أكثر من خمسة أسابيع من تاريخ التعرض للعدوى وتصحب القرحة الزهرية بانتفاخ شديد في الغدد الأوربية وانتفاخ بسيط في جميع الغدد اللمفاوية الأخرى مع وازرمان إيجابي بسيط .

وفي هذه الحالة لا يرجى الشفاء سريعاً ويتحتم علينا إعطاء الدور الأول للعلاج كسابقه أى أربع حقن زرينجية معها ثمان حقن زئبقية وبعد راحة شهرين يفحص الدم وبصرف النظر عن كون النتيجة سلبية تكرر الحقن ثم بعد راحة شهرين وفحص الدم تكرر الحقن أيضاً وبعد راحة شهرين آخرين يفحص الدم رابع مرة فإن وجدت النتيجة سلبية يكرر الفحص ثلاث مرات كل شهرين مرة بدون إعطاء دواء ثم يترك المريض لمدة سنة أخرى ويفحص دمه فإن وجدت سلبية يكرر الفحص بعد سنة أخرى وإن وجدت سلبية أيضاً يعتبر أن المريض قد شفى .

ولكننا في بعض الأحوال نجد نتيجة فحص الدم تارة إيجابية وتارة سلبية فيعطى أربعة أدوار من الحقن بدلا من ثلاثة ولا يلزم إعطاء حقن زرينجية أكثر من ذلك خوفا من حدوث تسمم زرينجى وإنما يستحسن استمرار العلاج بالحقن الزئبقية أو حقن البزموت لمدة ستة أشهر على الأقل ويكرر فحص الدم .

(٣) العلاج الموضعى للقرحة الزهرية الأولية .

إعادة العلاج الموضعى للقرحة ليس من الأهمية بمكان ويمكن يستحسن غسل القرحة بالمطهرات العادية خاصة منها محلول السليمانى .

برمنجانات البوتاسيوم $\frac{1}{2}$ أيضا . ويستعمل مرهم بودوفور المركب للغيار نعم إن كثيرا من المرضى يعارضون بحق في استعمال هذا المرهم بالنسبة لرائحته فيستعمل مرهم الراسب الأبيض بمقدار ١٠ ٪ أو الغسول الأسود أو مرهم پرأوكسيد الزنك من ٥ ٪ الى ١٠ ٪ اذا وجد بعض التأكل .

أما اذا زاد التأكل فيستحسن غسل الجرح بنحو ستة لترات من محلول السليمانى $\frac{1}{2}$ أو برمنجانات البوتاسيوم ولا ينصح باستعمال الكى بمحض التنريك أو النار وقد تترك القرحة أثرة التهام متضخمة قد يكون بها قليل من الاسبيروشيت المسجون فيمكن دلكها بمرهم الكالوميل بمقدار ١٥ ٪

(٤) علاج الزهري الثانوى .

لا يختلف العلاج هنا عن علاج الزهري الأوى ولكن نظرا لكون المريض صار فى دور التعميم وانقطاع أى أمل باجهاض دور المرض فان ذلك يلزمنا باستعمال العلاج الزرنيخى بشدة مع الاستمرار فنعطى الدور كما شرحنا سابقا أى أربع حقن زرنيخية وثمان حقن زئبقية أسبوعيا بمقدار قمحة من الزئبق السنجاى فى كل حقنة مع الاعتناء الشديد بعدم تعريض المريض للتسمم ولا بد للمريض من معالجة ما هو مختل من أسنانه عند طبيب الأسنان وينصح بنظافتها دائما بواسطة العجائن المختلفة أو غرغرة مطهرة قابضة مثل كلورات البوتاسيوم أو غيرها . ويستحسن فى مدة شهرى الراحة أن يأخذ المريض أدوية مقوية مثل

الحديد — أو شراب يدور الحديد — أو مزيجا من الاستركنين مع الحديد
ومهما تكن نتيجة فحص الدم بعد ذلك فإنه يلزمنا تكرار الدور العلاجي
ثلاثة أدوار متوالية ما بين الدور والآخر فترة شهرين للراحة — فإذا كانت
نتيجة فحص الدم وازرمان إيجابية — إيجابية بسيطة — يلزمنا الاعتماد
على الزئبق أو الزموت لمدة سنة على الأقل .

ويستحسن أن يفحص الدم مرة كل ستة أشهر فإن وجد سلبيا
في الدفعتين الأولىين أى بعد سنة من انتهاء العلاج ينصح المريض بأخذ
دور علاجي لمدة شهرين في السنة الثانية ويفحص دمه بعد انتهاء السنة
ورأي الشخصي أن يفحص دم المريض سنويا لمدة خمس سنوات
بعد ذلك .

رد فعل يارش هكسميهر — بعد ساعات قليلة من إعطاء حقنة
سلفرسان في الوريد تحصل بغثة زيادة في الطفح الزهري في الجلد والأغشية
المخاطية والتهاب في القرحة الأقلية إن كانت موجودة نعم وأو أن هذا
نادر الحصول ولكن يلزمنا النص عليه ويتدارك بإعطاء حقن سلفرسان
أخرى في ميعادها وقد يستدل من ذلك على أن مقدار السلفرسان الذي
حقن كان قليلا بالنسبة لما هو مطلوب فبدلا من أن يقتل الاسبيروشيت
زادها نشاطا وقوة وهذا يعال حصول انتشار الطفح المذكور .

ومن المهم جدا ألا نخلط تشخيص زيادة الطفح الزهري الثانوي
بما قد يكون نتيجة التهاب جلدي زريني ففى هذه الحالة لو أعطى
المريض سلفرسان زيادة تكون النتيجة الوفاة بالتسمم الزريني .

علاج الزهري الثلاثي

يستبعد شفاء المريض شفاء تاما في هذه الحالة ومن النادر جدا حتى بعد استعمال حقن زرنيجية وزئبقية لمدة طويلة الحصول على وازرمان سلبي باستمرار — ومن المدهش وحسن الحظ أن تقترحات أو عوارض الزهري الثلاثي تشفى بسرعة بحقن السائترسان وخصوصا الأورام الصمغية وقد يكون من حقنة واحدة من السائترسان أو ما يعادله يمتص الورم الصمغي أو التدرن العديد في الجلد أو الأغشية المخاطية ويستحسن إعطاء هؤلاء المرضى أربع حقن في الوريد من نبوسائترسان مع مزيج يدور البوتاسيوم أو الصوديوم .

وعند ما تنتهي الأورام يبطل إعطاء مزيج اليدور ويستمر في حقن الزئبق كما سبق شرحه لمدة شهرين ثم يفحص الدم فإن ظهرت نتيجة وازرمان إيجابية يستحسن تكرار الدور بدون راحة ويستمر في الزئبق مدة ستة أشهر ثم يفحص الدم ثانيا فإن ظهرت نتيجة وازرمان إيجابية بسيطة يلزمنا تكرار الدور الزرنيجي وهكذا أربعة أدوار فقط من ابتداء العلاج ولا ينتظر في مثل هذه الأحوال الحصول على وازرمان سلبي دائمى ولكن قد يكون من المستحسن إعطاء المريض حقنا بزموتية في العضلات مدة سنة على الأقل يتخللها قليل من الراحة والأدوية المقوية وينصح المريض بعد ذلك بأخذ علاج مدة شهرين في السنة وعلى العموم لا يلزمنا المتأدى في إعطاء الحقن الزرنيجية إلى حد غير محدود خوفا من ظهور عوارض التسمم .

وقد تشدد في بعض الأحوال تقرحات الزهري الثلاثي حيث يكون هؤلاء المرضى ضعيفي البنية وينصح لهم بالسفر الى اشاطى أو بأخذ زئبق تدليكي في اكس لاشايل .

علاج الزهري الوراثي

يرى بعضهم أن علاج الأطفال الرضع ينحصر في علاج أمهاتهم بواسطة الحقن في الوريد وأن ما يصيب الطفل من الزئبق في اللبن كاف لعلاجه ولكن مع النصح بعلاج الأم بشدة يلزمنا أيضا علاج الطفل ذاته .

يستحسن إعطاء الحقن الزئبقية في الوريد بمقادير مناسبة للأطفال ولكن قد نجد من الصعب جدا تنفيذ هذه العملية نظرا لصعوبة إيجاد الوريد المناسب في الطفل وقد نصح بعضهم بانتخاب وريد في فروة الرأس أو في العنق .

وكثيرا ما تحصل مضاعفات بحصول سدود في الأوردة وبناء على ذلك فالأفضل حقن نيوسلترسان في العضلات مرة في الأسبوع وقد يكون من الضروري إعطاء الطفل زئبقا بواسطة التدليك وهو الأهم أو الحقن أو بواسطة الفم وفي هذه الحالة الأخيرة يعطى مسحوق الزئبق والطباشير بمقدار نصف قهقهة ثلاث دفعات في اليوم حسب سن المريض وتوجد عادة نتائج مذهشة بعد إعطاء قليل من العلاج وقد يوجد ازرمان سلمي بعد ثلاثة أو أربعة أشهر من العلاج .

وليست ثمة قاعدة تنصح باتباعها في علاج الزهري الوراثة وعلى
العموم الأطفال التي يظهر عليها طفح ثانوي يلزم أن تعالج لمدة سنتين على
الأقل بالأدوية المختلفة ويتبع ذلك بعلاج شهرين في كل سنة إلى الثمان
سنين الأولى بعد العلاج ولا نجتهد في الحصول على وازرمان سلبى دائمى
في هذه الأحوال وهذا لا يمنع مراقبتنا للمرضى من وقت لآخر حسب
ما تقتضيه الظروف .

القسم الثاني

السيارات عند الرجال

مقدمة

كما يؤسف له أن العناية الشديدة التي بذلت في بيان مضار الأمراض الاجتماعية وطريقة الوقاية منها لم تلق نجاحا كبيرا إلا في أحدها وهو الزهري وأما السيارات فلا يزال في حالة إهمال شديد من الجمهور بل ومن بعض الأطباء أيضا .

فالزهري قد قابل الجمهور بلا شك تنبيه الأطباء الى مخاطره بعناية تامة كما أن محاربة الأطباء له بكل الوسائل أنتجت تقدما عظيما في البحث العلمي وفي طرق العلاج ولا نبالغ اذا قلنا : إنه صار في حالة مستحضرة جدا في عقول الجمهور .

وبعكس ذلك نجد السيارات لم يقدر مركزه تقديرا كافيا من الجمهور مع العلم بأنه أكثر أمراض العلم انتشارا بعد الحصبة وأكثر الأمراض سببا في الحزن العائلي وهدم المعيشة المنزلية بعدم وجود الأطفال فلو شعر الأطباء بخطور هذا المرض الحقيقي على المجتمع الانساني مع سهولة علاجه في ابتدائه لأمكنهم حماية الجمهور من أخطاره ومعرفة قليل من العلم

خاصة بالمرض المذكور تؤهل الطبيب لأن ينقذ أسرات كثيرة من مضاعفات السيلان التي تسبب الخراب العاجل الاجتماعي — نعم يلزمنا الاعتراف بأن هذا المرض لا يجد عناية كبيرة عند الإخصائيين ولا عند الأطباء المعتادين الذين لا يبذلون أى مجهود عملي في علاج المرضى أو تفهيم الجمهور خطورة هذا المرض .

نعم عناية الجامعة الطبية بهذا المرض أوجدت الآن دروسا خاصة للأطباء الحديثين تمكنهم من الإطلاع والعمل ومراقبة سير هذا المرض في المرضى على أحدث الطرق الفنية في قيسل من الزمن وعلى ذلك يلزم هؤلاء الأطباء أن يتسلحوا بقليل من العلم مع النشاط وخصوصا استعمال المنظار الكهربائي مجرى البول والفحص الميكروكوبي البسيط للتحقق من ميكروب المرض واستعمال الآلات اللازمة لتوسيع مجرى البول .

فالتبيب الذي تحصل على دراية كافية في هذا الموضوع لا شك أنه سيربح كثيرا من ثقة مرضاه وأما الطبيب الذي لا يقدر هذه الظروف التقدير الكافي لا يمكنه أن يعالج مرضاه بمسئولية شخصية مع الثقة في نفسه وكثيرا ما يفقد ثقة مرضاه .

ومن الصعب جدا أن تجتنب وظيفة سرقة التأليف الشريفة في هذه الأمراض لأننا دائما نذكر ما تعلمناه عن أساتذتنا كما نذكر بعدها ما حصلنا عليه من تجاربنا الشخصية أو التجارب التي رأينا غيرها يعملها فننشرها في المؤلفات علاوة على استعمالها في معالجة مرضانا .

تمهيد

الغرض من الكتاب — ليس المقصد من هذا الكتاب أن يكون نموذجاً
للمشرح المستوفى لمرض السيلان عند الرجال وإن كان به إيضاح مستوف
للطرق العملية التي أظهرت التجارب نجاحها وفائدتها .

وكثيراً ما يطلب الطبيب الحديث أن يشغل وظيفة طبيب امتياز
في قسم الأمراض الزهرية فيجد في هذا الكتاب الكفاية من المستحدثات
الفنية للعلاج ومن المؤكد أن هذا الكتاب لا يفيد فائدة كبيرة
للإخصائيين .

قواعد دراسية — أنا متحقق من أنه توجد قواعد أخرى غير التي أذكرها
في العلاج والتشخيص وربما كانت على تقيض ما سأذكره ومن المؤكد أن
الأوفق بعد تجاربنا المتعددة ألا يذكر للبتدي سوى قاعدة واحدة من العلم
لاتباعها حتى إذا ما حصل على تمرين واف بها أمكنه الاطلاع على غيرها
بسهولة لأن ذلك هو أحسن لمستقبله وبعد حفظ هذه القواعد يمكنه
الموازنة بينها وبين غيرها وترك الطريقة التي تعلمها أولاً إذا شاء ذلك فقد
يكون حصل على معلومات وتجارب كافية تجعله قادراً على استنباط ما يراه
صالحاً لمرضاه دون اتباع طريقة معينة .

وأود أن أكرر أن مقصدي الوحيد هو إرشاد الذين يحبون التخصص
أو توسيع معلوماتهم في هذه الأمراض إلى أقرب الطرق وأساليبها وأحدثها

ليكونوا أنفسهم ويكونوا على ثقة تامة بمقدرتهم وإذا وصلوا هذه الدرجة صار في مقدرتهم طبعاً الاطلاع والتوسع بخبرة فيما يختص بهذه الأمراض .
وليس من موضوعنا هنا البحث في تاريخ السيلان الطبي في العصور القديمة وكيف استكشف وأين وجد ومن الذي استكشفه؟ وإنما القصد إيضاح وشرح معلوماتنا الحالية وما يحتمل أن يكون في المستقبل عن الطريقة التي تتبع في ذلك .

وطريقتي هي شرح الأحوال الهامة للرضى المعتادين الحضور للعيادات السرية من لحظة الدخول الى وقت خروجهم في حالة الشفاء التام ويمكنني بهذه الطريقة جذب فكرة الطبيب المعالج الى النقاط المستحقة الهامة مع شرحها الوافي وذلك خير له من شرح المرض بالطرق الدراسية (المدرسية) .

اقتراحات مبدئية :

سأشرح باختصار الصفة التشريحية لأعضاء التناسل ولكنني سأوفي النقاط المناسبة الهامة للمرض حقها من التفصيل .

يجب على الطبيب أن يحيط علماً بموضوع الالتهاب وما يحدث عنه في التشريح المرضى لأنه بذلك يسهل عليه إدراك ما سيشرح هنا من العمليات الباثولوجية الخاصة بهذا المرض ونتائجها .

الفصل الأول

التشريح

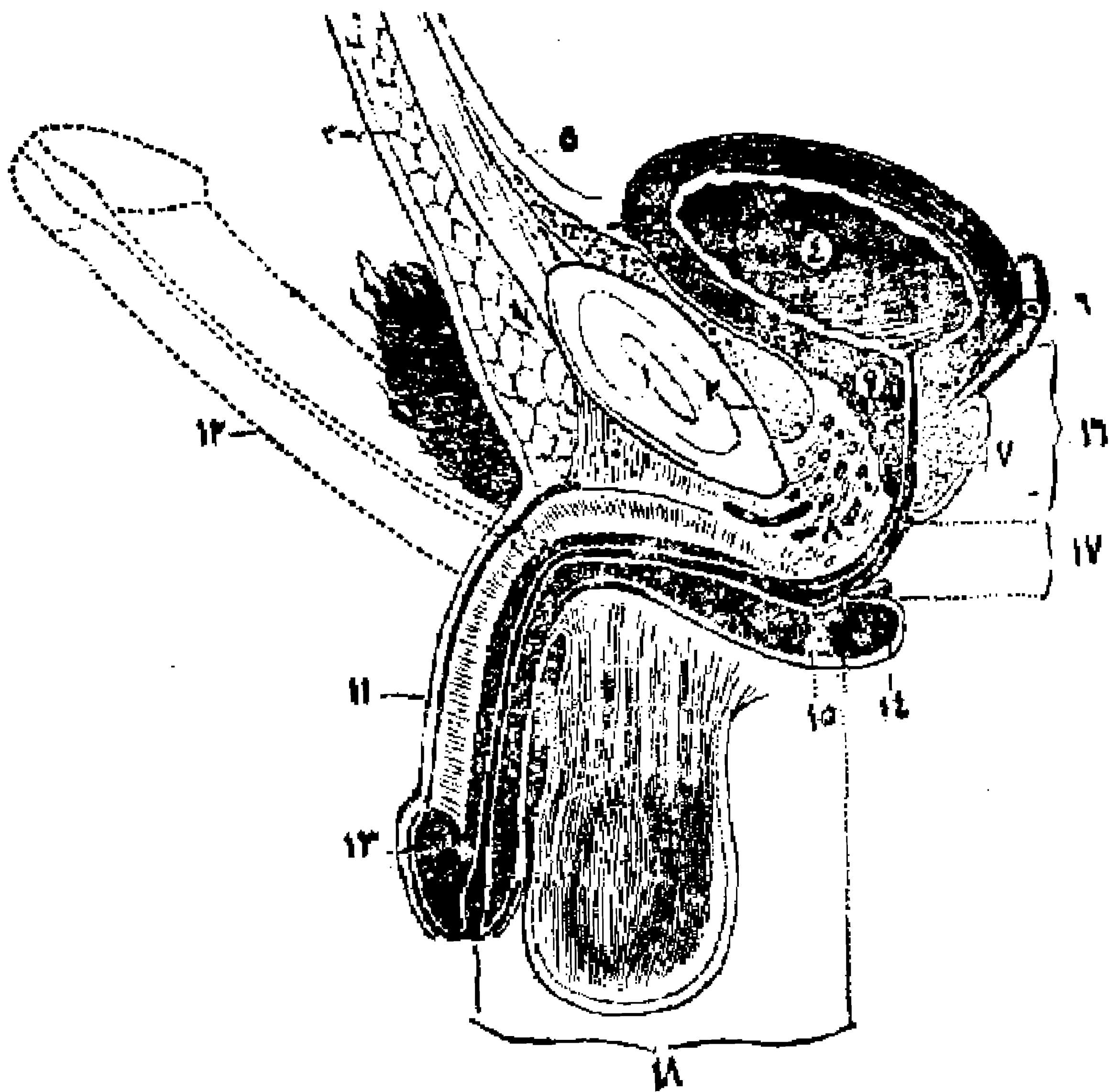
قواعد عامة

يلزمنا هنا التصريح بقواعد عامة تساعد القارئ كثيرا على تذليل الصعوبة واجتناب خيبة الأمل التي ربما يقابلها في بعض الأحوال .

(١) إن قناة مجرى البول في حالة الطبيعة ليس لها أثر لأن الحائطين المكونين للقناة هما دائما في حالة التصاق ولا يتباعد أحدهما عن الآخر إلا بمرور جسم غريب كالبول والحصى أو الصيديد وهذا يوضح كثيرا مما يلتبس علينا فهمه في سرعة انتشار المكروبات في القناة وامتصاص الإفرازات السمية في جميع الجسم ولذلك ينصح المريض بشرب السوائل كثيرا لتدر البول فتمنع أو تقلل تجمع المدة في هذه القناة لطردها من وقت لآخر .

(٢) هذه القناة بها فتحات كثيرة لغدد مختلفة وأغلب فتحات هذه الغدد ضيقة عن مجراها الحقيقي كما أنها ربما تشعبت فتحاتها بشكل غير منتظم خصوصا في الجزء الأمامي لقناة مجرى البول المشتغل على الجزء الكهفي والجزء البصيل وفي هذا الجزء توجد فتحتان لقناتي غدة كوير وفي جزء القناسة البروستاتي توجد فتحتان إحداهما للقناة المنوية كما توجد أيضا فتحات متشعبة كثيرا لغدد البروستاتة نفسها وبعد الاطلاع على

ما تقدم يمكننا تقدير وظيفة الطبيب ومسؤوليته فالواجب يقضى عليه
بالإظهار هذه القناة من جميع المكروبات فقط بل عليه أيضا حفظ هذه
الفتحات من العدوى بالسعى بكل الطرق لمنع امتداد المكروبات اليها
وتطهيرها تماما اذا كانت مريضة .



(شكل ٢) قطع نشابي للحوض

- (١) المفصل العاني . (٢) الغدد الدهنية . (٣) جدار البطن . (٤) القناة .
(٥) اليريتون . (٦) الحويصلة المنوية . (٧) القناة الناقلة للمني . (٨) غدد دهنية .
(٩) البروستاتة . (١٠) الانحناء الأول . (١١) الجزء الكهفي . (١٢) الجزء الكهفي
من القضيب في حالة الانتصاب . (١٣) الحشفة . (١٤) البصيلة . (١٥) الجزء
البصيلي . (١٦) الجزء البروستاتي . (١٧) الجزء الغشائي . (١٨) القسم الأمامي .

(٣) ان قناة مجرى البول لا تجرى في خط مستقيم ولكن عند انتهاء الجزء الأمامي منها نجد زاوية قريبة من الصفر وهذه طبيعية لمنع ما هو مخزون من المواد في الجزء الأمامي من الامتداد الى الجزء الخلفي فيلزمنا حينئذ الاجتهاد في توضيح الجزء الأمامي من المرض قبل انتقال العدوى الى ما بعد الزاوية .

المثانة

تقسم المثانة الى قسمين : القسم السفلي داخل الحوض وهو غير متحرك ، والقسم العلوي وهو متحرك وقابل للامتداد .

يمتد النسيج الحوضي من جانب الحفرة الحوضية الى الجانب الآخر ميل خفيف الى الأمام بحيث يقسم حفرة الحوض الى قسمين : أمامي وهو الأصغر وخلفي ، وتكون حائط الحوض الجوانب للحفرة الأمامية وحينما تمتد الى أسفل يتقارب بعضها من بعض لتكون مخروطا ناقصا وفي القسم الأمامي العلوي نجد جزءا من المثانة داخل الحوض وفي القسم السفلي عند رأس المخروط الناقص نجد البروستاتة ولذلك نجد أربعة أسطح للجزء السفلي للمثانة - جانبيين ووسطيا خلفيا ووسطيا سفليا : فالجانبيان يجوار حائط الحوض ، والخلفي بجانب النسيج الحوضي وبه طبعاً الحويصلتان المنويتان والجزء الأخير من القناة الناقلة للمني مصحوب بشرايين وأوردة وأعصاب .

ونجد في القسم الخلفي حائط المستقيم الأمامي وبالنسبة لخلق هذا الجزء من البريتون كثيرا ما كان القدماء يثقون المثانة من المستقيم في حالة الاحتباس البولي .

يفصل السطح الأمامي للمثانة عن عظم الحوض الأمامي قسم دهني شامل لغدد لمفاوية وكثيرا ما تلتهب هذه الأخيرة في أحوال التهابات البروستاتة الحادة وتكون وربما مؤلما فتضلنا عن اتباع الطريق القويم للتشخيص .

إن الجزء العلوي للحويصلة المنوية يقع في نقطة اتصال الأسطح الجانبة للمثانة مع السطح العلوي والخلفي لها .

القسم العلوي هو الجزء المتحرك والقابل للامتداد فيمتد إلى ما فوق حافة الحوض وفي حالة عدم الامتداد يقع فيما وراء الأمعاء الدقيقة والغلاظ ويفصل من الأمام بالغشاء البريتوني عن عضلات البطن وجزءه السفلي غير مكسوة بالبريتون ويتخبط هذا الجزء عادة لفتح المثانة بالشق فوق العانة .

السعة — في الأحوال الاعتيادية تسع المثانة عادة ٢٢٠ سنتيمترا مكعبا لكنها تختلف ما بين ١٢٠ و ٣٢٠ سنتيمترا مكعبا فيلزمنا أن نحفظ هذه الأرقام لضرورتها وقت العلاج وهو أنه في حالة ملء المثانة بالمحلول المطهر في علاج السيلان للقسم الخلفي يلزم ألا تزيد عن هذا المقدار ويلزمنا التنبيه في حالة السماح للسائل بالدخول بسرعة أن تنقبض عضلات المثانة بسرعة أيضا ولذا لا يمكن منؤها جيدا ولذلك ينصح بأن تملأ تدريجيا وتخفيف سرعة التيار الداخل لكي تمتد المثانة بأكثر حد ممكن ، وأما إذا ملئت فوق المعتاد فقد يشعر المريض بألم فوق العانة .

إن الألياف العضلية المكونة للمثانة مركبة من ثلاث طبقات متقاطعة بعضها مع بعض في أشكال مختلفة فهي حالة الامتداد المزمن أو الضيق في قناة مجرى البول أو الضخامة في البروستاتة الخ تكاد هذه العضلات ينفصل بعضها عن بعض وتشتبك بشكل غريب وفي بعض هذه الأحوال يمتد الغشاء المخاطي المبطن للمثانة في مسافات بين الألياف العضلية ويكون كيسا يجتمع فيه جزء من البول وينتج عنه نتائج مضرّة وقد ذكرت ذلك هنا عرضا لكي أؤكد حصول إحدى نتائج الضيق في قناة مجرى البول المهمل أو الذي لا يعالج علاجا قانونيا والألياف العضلية التي حول فتحة المثانة عند انتهاء مجرى البول مرتبة بشكل عضلة عاصرة ويغلب على الظن أن هذه العضلة تؤدي وظيفة عضلة عاصرة حقيقة في الأحوال الاعتيادية ولا سيما عند ما تكون المثانة غير ممتلئة والتي تؤدي هذه الوظيفة في الأصل هي العضلة العاصرة لقناة مجرى البول ويمكن أن يقال : إنه في حالة ملء المثانة بالبول تفقد العضلة الأولى وظيفتها وتستمر الثانية لتأدية الوظيفة .

الغشاء المخاطي المبطن للمثانة مكون من خلايا متنوعة في حالة ارتخاء في جميع المثانة ما عدا الجزء المثلث اذ يلتصق التصاقا شديدا بالأنسجة المجاورة له .

هذا المثلث هو أحسن نقطة في المثانة وتقع على جانبيه من الخلف الحويصلتان المنويتان فيلزم الاحتراس الشديد عند استعمال الدلك لعلاج

مرض الحويصلة وقد يلاحظ بهذه المناسبة أن الألم الذي يحدث عادة عند انتهاء البول في حالة وجود حصاة في المثانة ناشئ عن انقباض عضلات المثانة فتحدث ضغطا على الحصى التي تحدث هي ضغطا أيضا على المثاث والحويصتين وعلى كل من جانبي المثاث توجد حفرة صغيرة معروفة بحفرة المثاث الخارجية وهي شديدة الإحساس أيضا ومغطاة بغشاء مخاطي مثبت فيها وهذا المثاث مشبع بضفائر شعرية كثيرة تتصل بالحويصلة المتوية والغشاء المخاطي وقناة مجرى البول الخ وهذا يغسر لنا سبب وجود بعض الإفرازات التي تنتج عن أى مرض يصيب أحد هذه الأشياء .

عدوى المثانة بالسيلان

يندر أن تصاب المثانة بالسيلان وذلك للأسباب الآتية :

- (١) عدم وجود غدد صغيرة بفتحات خصوصا في القسم المثاث .
- (٢) الغسل الطبيعى لجدار المثانة بسبب البول يمنع كثيرا احتمال العدوى ويطرد كل ميكروب يسعى ليهاجم المثانة من قناة مجرى البول .

(٣) إذا كان البول قلويا لا يساعد على نمو الميكروب .

- (٤) إذا صدقنا القول بأن العضلة العاصرة لقناة مجرى البول عاتقة لا تنتشر المرض لما خلفها من الأنسجة فيجب التصديق بأن العضلة العاصرة الداخلة للمثانة تعمل هذا العمل أيضا بالنسبة للمثانة .

(٥) إن خلايا الغشاء المخاطي المبطن للثانة اذا كانت في حالة جيدة هي نفسها قوية لمنع العدوى وغير صالحة لنمو الميكروب فيها .

البروستاتة

يشغل هذا العضو مركزا ممتازا بين أعضاء التناسل وله سطح مقدّمى من كل جانب وقاعدة وسطى وعلوى ووسطى خلفى وفى سطحى الجوانب فتحة بجانب حفرة المثانة البروستاتية أما السطح الخلفى فمغطى بغشاء بروستاتى من غشاء الحوض وقريب جدا من المستقيم والسطح العلوى ملاصق لقاع المثانة أما السطح السفلى فملاصق للطبقة الخلفية للرباط المثلث والألياف الأولية للعضلة الرافعة للشرج وهذه الغدة داخل محفظتين كالجراب وغشاء المحفظتين متصل من الجهة العليا بقاع المثانة ومن الجهة السفلى بالطبقة الخلفية للرباط المثلث وهى مشبعة بأرودة كثيرة تكون جزءا من ضفائر المثانة البروستاتية الوريدية وقد نفهم السبب الذى منه يحدث الألم فى حالة تكون خراج بروستاتى نظرا لعدم قابلية هذه الأغشية للتمدد وعادة نجد الخراج البروستاتى يفتح فى قناة مجرى البول وهو الجزء الأقل مقاومة للامتداد ويندر جدا أن يفتح الخراج فى المستقيم نظرا لوجود الأنسجة المتكاثفة بين البروستاتة وبينه وفى بعض الأحوال يحدث الخراج ولو كان صغيرا سدا فى قناة مجرى البول يشبه احتباسا بوليا .

خراج البروستاتة يسبب ألما كبيرا نظرا لاحتباسه داخل الأنسجة المحكمة غير القابلة للإمتداد وبما أن الأعصاب التى تغذى البروستاتة آتية

من أطراف ثلاثة الأعصاب (الظهريّة) والثلاثة العجزية العليا فقد يمتد الألم من آخر الأضلاع الى أسفل القدم .

إن مركز البروستاتة المستقيم يسمح بتدليكها بالأصبع داخل المستقيم ومن المستحسن أثناء هذا التدليك أن يضغط الطبيب على العانة لكي يتيسر له عصر هذا العضو وإخراج أكبر ما يمكن منه من المادّة .

البروستاتة — هي غدة عضلية بها من الأنسجة ما يعادل نسبة واحد الى ثلاثة — الجزء الغددي محاط بألياف عضلية وأنسجة خلوية ومركب من قنويات صغيرة بعضها متصل ببعض ولها أكثر من ٢٥ فتحة في الجزء البروستاتي لقناة مجرى البول ونظرا لتعرض سير القنويات وتشعبها يجتد الطبيب صعوبة كبيرة في إخراج الصديد منها وعلى مقربة من انتهائها نجد فتحة القناة المنوية واحدة من كل جانب وهذا يجعلنا نفهم أنه في حالة تحويل هذه الغدة الى ألياف نسيجية ناشئة عن التهاب مزمن قد تحدث انكماش في الجزء البروستاتي لقناة مجرى البول وحول فتحتي القناتين المنويتين فيسبب هذا ضيقا في الفتحتين أو سدا نهائيا لها وأعتقد أن هذا هو ما يفسر لنا وجود حالة عقم في جهة واحدة غير مصحوبة بالتهاب أقوى في البربخ .

تغذى البروستاتة بدم غزيرات من فروع الشريان السفلى والمنوسط للثانة علاوة على الفروع الخاصة الآتية من الشريان الحرقفي الداخلي وكذا توجد مجموعة صفائر صغيرة عصبية تغذى البروستاتة فيأتي فروع من العصب

العظيم السمياتاوى وعلى العموم الأعصاب التى تغذى البروستاتة مشتركة تماما مع الأعصاب التى تغذى المثانة بكمية غزيرة وكذلك نجد التأثير النفسى والعصبى شديدا على الذين يصابون بمرض البروستاتة إذ يسبب نتائج عصبية مخزنة لبعض المرضى .

خواص البروستاتة

- (١) تغذى الجسم بعصير داخل .
- (٢) سائل البروستاتة يمزج مع المنى ويسبب دفعه بسرعة ويهبطن الغشاء المخاطى لقناة مجرى البول بمادة لزجة تسهل خروج المنى منه .
- (٣) تساعد الخصية فى إخراج إفرازاتها بسبب فعلها العضلى .
- (٤) من المحتمل أن لعصيرها مفعولا قويا عند النساء .

الحويصلة المنوية

لأنجازف فى القول بأن معظم النتائج غير السارة عند الطبيب والمحنة للمريض من عدم الحصول على الشفاء إنما هو لمرض هذه الحويصلة ونرى مع الأسف أن عدد المرضى الذين يسمّحون لأحوال غير قابلة للشفاء هم فى الواقع مصابون بالتهاب فى الحويصلة المنوية يزداد نسبيا ومن الضرورى جدا شرح الجزء التشريعى الخاص بهذه الغدة .

الحويصلة المنوية — تبتدىء عند انتهاء القناة الموجودة بالحبل المنوى وشكلها كالأوزة يبلغ طولها نحو ستة سنتيمترات وتتصل قناة الحبل المنوى بقناة صغيرة يبلغ طولها سنتيمترا واحدا وأما القناة التي في الحبل المنوى فإنها فتحة أو فتحتان في الجزء الأروستائي لقناة مجرى البول وتتكون الحويصلة المنوية من قنويات متعرجة متصلة بقناة عمومية تحتوي على جملة ألياف عضلية قابضة فنظرة صغيرة الى شكلها تؤكد لنا كيف ينحني ويعاند الحيوان كوك في شعبياتها والصعوبة والمهارة التي تازم لإخراجه منها فضيق مجرى الحويصلة المنوية وضيق القناة التي في الحبل المنوى الطبيعي مع الانقباض المنعكس للعضلة العاصرة للشرح وضغط الأنسجة التي حول المثانة كل ذلك يجعل خروج السوائل منها مؤلما بل من المحال التخلص من الإفرازات الصديدية التي بها بالثرة حتى ولو باستعمال الدلك بالأصبع في المستقيم وموضعها المحلي فيما بين المستقيم والمثانة يجعلنا نحتم على المريض تجنب حصول الإمساك وحصر البول في المثانة .

غدة كوبر

توجد كل غدة على جانب الجزء الغشائي لقناة مجرى البول وبين طبقتي الرباط الثالث وكل غدة لها قناة طويلة نحو الخمسة سنتيمترات وممتدة الى الأمام خارقة للرباط الثالث ولها فتحة في قاع الجزء البصيلي لقناة مجرى البول ومن الممكن في بعض الأحوال امتداد العدوى لهذه الغدد بالقناة من قناة مجرى البول وفي بعض أناس توجد هذه الغدد مفقودة .

الخصية

إن البربخ والقناة التي في الحبل المنوى تكون جزءا من هذه الغدة وكثيرا ما تمتد اليها العدوى من التهاب القسم الخلفى لقناة مجرى البول .
وتتكوّن الخصية من جزأين :

(١) الخصية نفسها ، (٢) البربخ .

تتكوّن الخصية من مادة نسيجية تعرف بالغشاء الغمدى الذى يكون كيسا مغلقا ومن الجهة الخلفية يكون حاجزا متصلا بالقسم الوسطى للغدة يمتد من أعلى الخصية لأسفلها وهو مقسم بحواجز دقيقة ممتدة في داخله وباتصالها بالغشاء الغمدى جعلت هذه الغدد مكبوتة من شكل غرف محجوز بعضها عن بعض بنسيج خاوى مغذى بأفرع من الشريان المنوى وداخل هذه الغرف توجد أنابيب شعرية بشكل مخروطى تفرز إفرازا سميكاً وهو الإفراز الأولى للحيوانات المنوية وتعتبر فصا من الخصية .

هذه الأنابيب الشعرية الكثيرة التعرج تجتمع وتكوّن قناة مستقيمة وتتصل بالقنوات الأخرى في الجزء الوسطى للخصية ومن المجموع يتكوّن الجزء العلوى الكبير للبربخ الذى تخرج منه قناة متعرجة الى الجزء السفلى من البربخ ويسمى هذا القسم بجزء البربخ السفلى الصغير .

ومن هذا الأخير تخرج القناة التي في الحبل المنوى الى داخل البطن .

ومن هنا يفهم أن الخصية والبربخ عضوان منفصلان يتصل أحدهما

بالآخر بقناة دافعة .

وعند ما يحصل أى التهاب فى نفس الغدة يصحب بورم وألم شديد لعدم وجود مكان فسيح للامتداد نظرا لوجود القواصل الدقيقة المحكمة بين غرف الخصية . وعادة التهاب البربخ السيلائى أن يتبدئ بالجزء السفلى الصغير منه سواء نقلت العدوى اليه بالقناة المنوية أو الأوعية اللمفاوية وبالعكس ذلك الإصابة الدرنية للبربخ تتبدئ فى الجزء العلوى الكبير منه وإن إصابة الجزء السفلى من البربخ بمرض السيلائى (نظرا لوجود قناة واحدة به كما شرحنا) يجعل سد هذه القناة محتملا ومسببا للعقم فى الجهة المذكورة ولكن فى حالة إصابة الجزء العلوى الكبير للبربخ الموجود به أنابيب كثيرة لا يهتمل أن يصاب المريض بالعقم نظرا لعدم احتمال إصابتها جميعها مرة واحدة .

قناة قمل المنى (مصطلح) تقسمها الى ثلاثة أقسام :

- (١) الجزء الصغرى وقد شرح من قبل .
- (٢) الجزء الأوربى وهو الذى يمر من فتحة البطن الأوربية الخارجية الى فتحة البطن الداخلية .

(٣) الجزء داخل البطن ويقسم الى قسمين ما فوق الحوض وما هو داخل الحوض . فالقسم الذى فوق الحوض يتبدئ من فتحة البطن الداخلية ويمتد الى الداخل والأعلى الى نقطة تبعد نحو الأربعة سنتيمترات عن شوكة الحرقفة ، وأما الجزء الداخل فى الحوض فيمتد الى أسفل وإلى الداخل قليلا فيما بين حائط المثانة (حينما تكون ممتلئة) وحائط الحوض

ممتدة الى الداخل جهة قاع المثانة الى الحويصلة المنوية فتتمتد الى أسفل
والى الخلف والى الداخل فى منتصف الحويصلة قريبا من حائط المستقيم
الأمامية وهناك تتسع قليلا ثم تضيق فتتصل بقناة الحويصلة المنوية التى
تكون فيما بعد القناة الحاملة للمني .

قناة مجرى البول

قناة مجرى البول عند الرجل فى الحالة الاعتيادية يبلغ طولها ٢٠ سنتيمتراً
وقلنا فيما سبق : إن حائطى القناة ملتصقتان فى حالة الطبيعة ويتباعدان
عند مرور أشياء غريبة كالبول وغيره ولكن فى حالة وجود إفراز غير طبيعى
فى هذه القناة تحصل تغيرات باثولوجية فتنتشر العدوى الى الأنسجة
تحت الغشاء المخاطى وغدد لترلذا كان من الضرورى لمنع حصول ذلك أن
تغسل القناة من وقت الى آخر .

يستحسن أن يمتزج الطبيب نفسه بمعرفة كل جزء من أجزاء قناة مجرى
البول بحيث اذا أدخل قسطرة يعلم بدقة كل نقطة تمر عليها القسطرة أثناء
إدخالها من الصماخ الى الجزء البروستاتى .

فى قناة مجرى البول انحناءان فى حالة الارتخاء يزول الانحناء الأقل
برفع القضيب الى الأعلى والأمام باليد وأما الانحناء الخلفى فيبتدىء عند
الرياض المعلق ولو أدخلنا قسطرة من الصماخ تمر بالجزء الأسفنجى منحذرة
الى أسفل فى الجزء المتحرك من القضيب الى الرباط المعلق وأما الانحناء
الداخلى فهو يشمل الجزء الثابت من قناة مجرى البول ويساعد فى تثبيت

هذا الجزء الرباط المعلق للقضيب والطبقة الأمامية والخلفية للرباط المثالث والأربطة العانية البروستاتية .

أجزاء قناة مجرى البول

الجزء المتحرك الأمامي	(١)	الغدى	طوله	١	الجزء المتحرك الأمامي
	(٢)	الاسفنجي (الكبير والصغير)	»	١٢	
	(٣)	البصيلي	»	٢ ½	
الجزء المثبت	(٤)	الغشائي	»	١	الجزء المثبت
	(٥)	البرستاتي	»	٢ ½	
	(٦)	جزء داخل الأنسجة	»	١	

من البديهي أن هذه المقاييس تقريبية وعرضة لاختلافات شديدة :

(١) الجزء الغدى — نجد في بعض الأحوال صعوبة في إدخال قسطرة صغيرة الحجم من الصماخ البولي — والفتحة الطبيعية تسمح بدخول نمرة ٢٥ ف (القياس الافرنسي) فيلزمنا توسيع الفتحة ان وجدت ضيقة لادخال المقياس اللازم اذ لو أدخلنا مقياسا صغيرا لا بد لنا من معرفة حالة قناة مجرى البول ومن المحتمل أن يحدث ضررا بأحدائه طريقا أو طرقا كاذبة وبعد عبور القسطرة من الصماخ نجد القسم الاسفنجي وهو القسم الواسع في القناة ويمتد للخلف محترسا ألا يدخل في كيس كاذب .

(٢) الجزء الاسفنجي — يمتد من الصماخ البولي الى الخلف (في جهة المستقيم) ومن المؤكد الشعور بكل جزء من هذه القناة أثناء دخول

القسطرة لأنها سطحية ولا يجذبها شيء من العضلات أو غيرها في قسمها السفلي ، وأما من الجوانب أو الأعلى فيحيط بها الجزء الاسفنجي والجزء الكهفي ومن الداخل نجد كثيراً من قنوات مريجية وهي منخفضة عن سطح الغشاء المخاطي وفي بعض الأحوال تكون مثقوبة بفتحات غدد لتر وأما معظم غدد لتر نفسها فتفتح على حدة القنوات موجودة على خطوط مستقيمة على الجوانب والسقف ويندر أن نجدها في السطح الأسفل ووجود القسطرة يوسع فتحاتها ويسبب إخراج عصيرها الى الخارج بالضغط عليها .

وعلى بعد نحو من ٥ سم ستمترات من الصماخ نجد الجزء الثابت أو الانحناء الداخلي ، ويمتد من النقطة الأمامية من القسم البصيلي الى الفتحة الداخلية لقناة مجرى البول للثانة وتقعر هذا الانحناء يتجه الى الأعلى والأمام ويتكون من قسم صغير من الجزء الاسفنجي والجزء البصيلي والجزء الغشائي والجزء البروستاتي .

الجزء البصيلي — هو قسم متسع من القناة يتدنى بانتهاء الجزء الاسفنجي وتوجد به فتحتا قناة كوبر ويلاحظ أن عدد غدد لتر أقل بكثير مما في الجزء الاسفنجي ومن حسن الحظ أن هذا القسم كثيراً ما يصاب بضيق ولكنه نظراً لاتساع قطره لا تحدث فيه عوارض مهمة . ونظراً لانخفاض هذا القسم عن باقي سطح القناة فقد يتكون به الصديد ولذلك يلزم نصيح المريض دائماً بتعاطي مايدر البول . وهنا ينتهي القسم الأمامي لقناة مجرى البول ويتدنى القسم الخلفي .

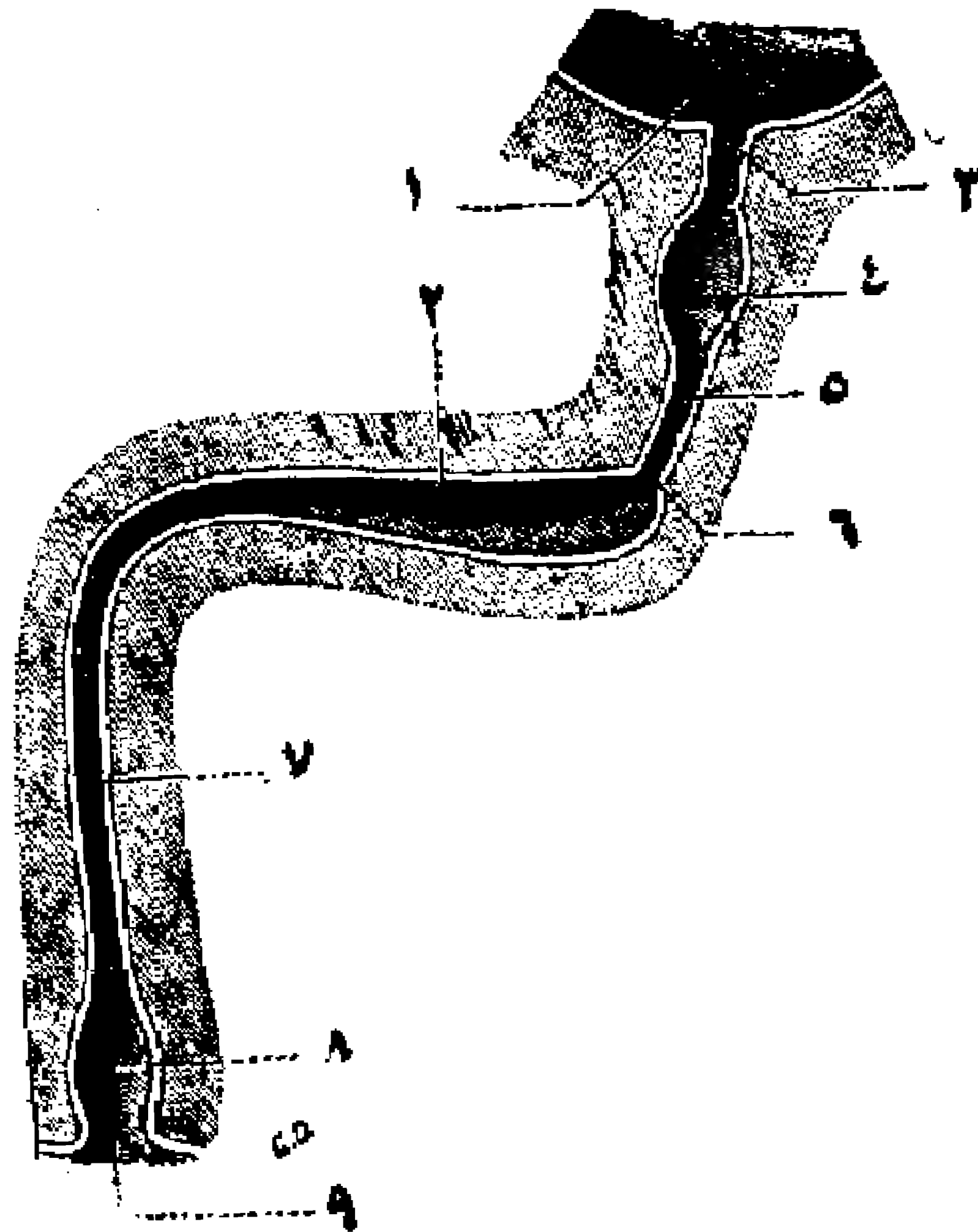
الجزء الغشائي — عند ما تنتهي القسطرة من الجزء البصيلي نجد عقبتين أو ثلاث عقبات عند دخولها في الجزء الغشائي فإن قطر هذا الجزء أضيق قطر في القناة إذ هنا تخترق القناة الطبقة الأمامية للرباط المثلث وتوجد أيضا الألياف القوية للعضلة العاصرة ثم تخترق القناة الغشاء الخلفي أو الغائر للرباط المثلث وتبتدى أيضا نقطة الانحناء الثاني في هذا الجزء فمن هنا تفهم العقبات الثلاث الموجودة عند اتصال الجزء البصيلي بالجزء الغشائي .

ولزيادة الإيضاح يحد هذا القسم بالعانة من الأمام ومن الخلف بالمستقيم ومن الأعلى بالبروستاتة والطبقة العليا للرباط المثلث ومن أسفل بالطبقة السفلى للرباط المثلث والجزء الخلفي للقسم البصيلي .

الجزء البروستاتي — يبتدى هذا الجزء خلف الجزء الخلفي للرباط المثلث .

ولتخذ قناة مجرى البول طريقا عمليا الى أعلى ويكون الوجه التقعيري متجهها الى الأعلى والأمام وهذا هو السبب الذي يحتم علينا أن ننخفض يدنا من الخارج بالمجس لنقتحم هذه العقبة ويدفع المجس الى الأمام قليلا يمتز الى الفتحة الداخلة للقناة ثم الى المثانة وهذا الجزء من القناة هو الأكبر والأكثر تمّدا وليس معترضاً لظهور الضيق النسيجي فيه ولهذا الجزء أيضا قوة امتصاص غريبة لا توجد في الأجزاء الأخرى وعلى ذلك يارمنا تجنب أى سبب لحصول عدوى خارجية فيه فربما تكون سببا في الوفاة ويوجد عند ثلثي هذا الجزء ارتفاع صغير على شكل اللوزة وبه شرايين كثيرة

معروفة باسم الثريمنتيم وتوجد على الجانبين فتحنا قناتي المنى كما توجد نحو الخمس والعشرين أو الثلاثين فتحة لقنوات الغدد البروستاتية ولا ننسى أن مرور المحبس بهذا القسم يحدث ألما خصوصا اذا كان الثريمنتيم محتقنا او ملتهبا كما يحدث عادة في أحوال التهاب الجزء الخلفى لقناة مجرى البول وأما اذا كانت الحويصلة المنسوية ملتهبة فمن المؤكد أن فتحتى قناتي المنى تحدثان ألما شديدا أيضا عند مرور المحبس بهما وفي هذه الحالة يمكننا



(شكل ٣) معة قناة مجرى البول

- (١) المثانة . (٢) الجزء البصيل . (٣) العضلة العاصرة الداخلية . (٤) الجزء البروستاتى . (٥) الجزء الغشائى . (٦) البصيلة . (٧) الجزء الاسفنجى . (٨) الحفرة الزورقية . (٩) الصماخ البول .

أن نميز أن الجزء البروستاتي نظراً لضخامة كل من الثرمينتين وفتح قناتي
المنى منقسم إلى قسمين بل إلى قناتين :

الحفرة الزورقية	قطرها ٩ مليمترات .
الجزء الاستنجي	قطرها ١١ مليمترات .
الجزء الاستنجي قريباً من الجزء البصيلي »	١٢ مليمترات .
الجزء البصيلي	» ١٣ مليمترات .
الجزء الغشائي	» ٨ مليمترات .
ابتداء الجزء البروستاتي	» ١٠ مليمترات .
بعد الثرمينتين	» ١٤ مليمترات .
العضلة العاصرة الداخلية	قطرها ١٠ مليمترات .

هذا الجدول يبين لنا قطر قناة مجرى البول في أجزائها المختلفة تسهيلاً
للشرح والعلاج .

اصطلاح الأطباء على تقسيم قناة مجرى البول إلى قسمين : قسم
أمامي ، وقسم خلفي . فالقسم الأمامي يتدنى من الصماخ البولي إلى
الجزء الغشائي والجزء المخاط بالعضلة العاصرة لقناة مجرى البول مع الجزء
البروستاتي يكونان القسم الخلفي ، ففي حالة عدوى قناة مجرى البول تحصل
العدوى في القسم الأمامي فقط ويشفى المريض منه في مدة أربعة أسابيع
بخلاف ما إذا حصلت عدوى للقسم الخلفي فلا يشفى المريض قبل مضي
ثلاثة أشهر .

معلومات عامة خاصة بتوزيع القنوات اللفاوية القوية
لأعضاء تناسل الرجل

١ - الغدد

<p>الجزء البروستاتي الجزء الغشائي الغدد تحت الأوربية السطحية والغائرة الجزء البصيلي الجزء الاسفنجي الغدد التي تحت جدار البطن الجزء المقدم لقناة مجرى البول الغدد الأوربية</p>	(١) قناة مجرى البول
<p>الجلد الغدد الأوربية والغدد تحت الأوربية السطحية الحشفة الغدد تحت الأوربية الغائرة الأوعية السطحية الغدد الأوربية المتوسطة الأوعية الغائرة الغدد الأوربية أو الغدد تحت الأوربية</p>	(٢) القضيب
<p>الجزء السطحي الغدد الأوربية وتحت الأوربية الجزء الغائر الغدد التي تحت جدار البطن</p>	(٣) العجان
<p>الصفن الغدد الأوربية وتحت الأوربية السطحية</p>	(٤)
<p>الخصية والبربخ الغدد الجانبية القطنية</p>	(٥)
<p>القناة الحاملة للمني</p>	(٦)
<p>الحويصلة المنوية الغدد الحرقفية الظاهرة</p>	(٦)
<p>الحويصلة المنوية الغدد التي تحت جدار البطن</p>	(٧)
<p>البروستاتة الغدد العجزية والغدد التي تحت جدار البطن</p>	(٨)

الفصل الثاني

تشخيص التهاب مجرى البول الأمامى السيلانى الحاد
وتحت الحاد ومضاعفاته وعلاجه

استقبال المريض :

أول ما يجب على الطبيب عمله هو التأكد من إحراز المريض بمرته الخاصة لأن الخلط فى هذه المسألة غالبا يأتى بنتائج محزنة .

يلزم الطبيب الاستفهام من المريض عن شكواه ولا يظن أن كل مريض يحضر الى العيادات السرية يكون مريضا بالزهرى أو السيلان ويلزم الطبيب صرف الوقت الكافى لاستكشاف ما اذا كان ما يشكو منه المريض يعالج فى العيادات السرية أم لا وفى هذه الحالة يتكرم عليه بارشاده الى القسم الخاص بمرضه .

يلزم الطبيب أن يبدأ كل أقسام الاستمارة المعدة لذلك ولا يمنعه ذلك بالطبع من أن يذكر شيئا من ملاحظاته فى الأحوال التى يراها تستحق ذلك .

التهاب مجرى البول الحاد ، التشخيص ، هل هو سيلان ؟

الامتحان الأولي — يذكر المريض أنه حصل منه جماع من مدة ثمانية أو تسعة أيام ثم شعر بعد أربعة أيام منه بحرقان يسير يزداد رويدا رويدا وقت التبول ثم رأى إفرازا صديديا ذا لون أبيض في أول الأمر ثم أخذ يميل الى الصفرة الى أن صار أصفر ممتازا لزجا غزيرا مصحوبا بأوزيما واحمرار في الصماخ البولي ويصحب ذلك بألم عند الجلس مع ورم خفيف في الغدد الأوربية .

وغالبا يمكن الطبيب بعد أخذ تاريخ المرض والفحص عن الحالة موضعيا معرفة المرض اذا كان حادا أو تحت الحاد أو مزمننا وفي حالتنا هذه يعتبر أن المريض يشكو وعنده جميع العلامات اللازمة لمرض التهاب قناة مجرى البول الحاد السيالني ويزيد التشخيص تأكيدا أخذ كمية من الصديد والفحص عنها ميكروسكوبيا فاذا وجدنا الجوانوكوك تحققتنا من صحة التشخيص .

وفي الأحوال المشكوك فيها أو التي يفكر الطبيب أنها أحوال قضائية يلزم إرسال مقدار من الصديد الى طبيب بكتريولوجي خاص ويستحسن أن نذكر هنا بعضا من المضاعفات التي يحتمل أن يقابلها الطبيب في مثل هذه الحالة وفي هذه الدرجة .

التهاب الغلفة وبطانته

ربما يحصل التهاب في الغشاء الخاصى فوق الحشفة مع وجود تسامحات قليلة بها والتهاب في السطح الداخلي للغلفة .

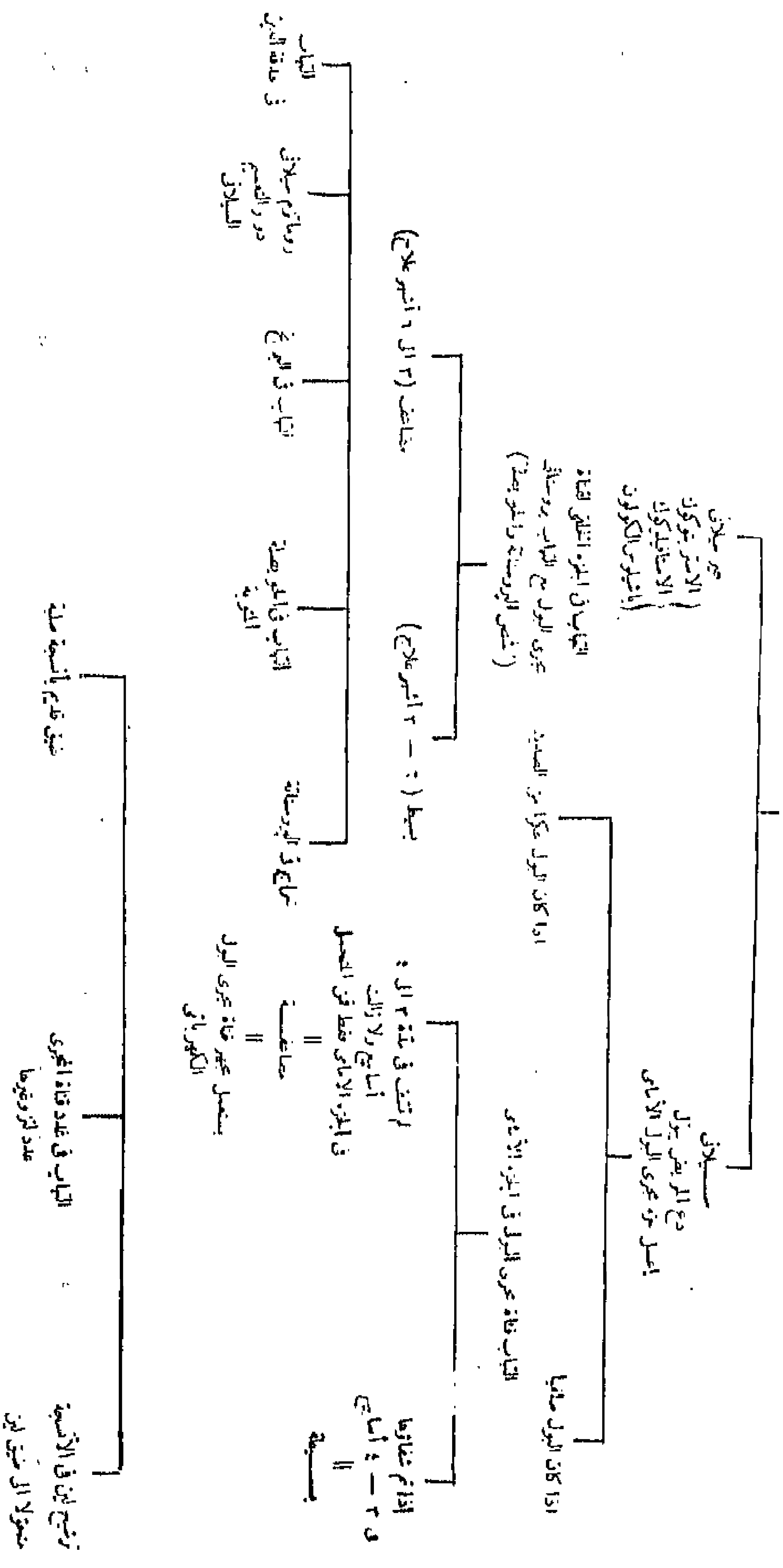
التهاب الغلفة — ويصحب ذلك بالتهاب في الغلفة نفسها في بعض الأحوال فيحدث ضيقا وورما ثم سدا لفتحتها واذ ذاك لا يمكن ردها للداخل كالمعتاد .

وفي أحوال أخرى يوجد الالتهاب حول الغلفة فتختنق الحشفة ويحدث بها ورما شديدا مؤلما ويصعب جدا رد الغلفة عن دائرة الاختناق الى أصلها .

التهاب الغشاء المخاطي للحشفة (رأس القضيب)

يغلب في مثل هذه الأحوال وجود قرحة أولية مسببة للالتهاب المذكور خصوصا اذا لم تصحب بورم في الحشفة نفسها ، ويجب في هذه الحالة طبعا معالجة الحالة الزهرية .

التهاب قناة مجرى البول الحاد يتبعن الافرازات غير صفية



التهاب الغلفة

يجب التحقق من مصدر الإفراز أهو من قناة مجرى البول أم لا ويشير بعض الأطباء بشق الغلفة من السطح العلوى وإزالة كل إبهام يتعلق بنوع القرحة أو مصدر الإفراز ولكن الطبيب الماهر يمكنه التحقق من ذلك بدون إجراء هذه العملية التى ربما تحدث التهابا شديدا فى الجزء كله مع أننا فى غنى عنه .

الالتهاب حول الحشفة

يلزمنا رد الغلفة الى أصلها باليدولو تحت السمينيفورم فإذا لم يمكن ذلك نعمل شقا فى السطح الأعلى للغلفة حتى ينفرج هذا الاختناق الموجود ثم نبحث القرحة موضعيا بخصوص الأسبيروشيت ويلزمنا هنا التنبيه بعدم استعمال أى مطهر للقرحة قبل إجراء الفحص المذكور . ويمكن استعمال حقن مطهرة لقناة مجرى البول فى حالة وجود السيالان . ويستحسن الابتداء بإعطاء الحقن الزرنيجية لمعالجة القرحة قبل الالتفات إلى الحدى لمرض السيالان ، فالتثام القرحة محتم أولا .

والكشف على الصماخ والأجزاء المجاورة للتحقق من وجود التهاب القناة القريبة من قناة مجرى البول .

فى بعض الأحيان يحدث ورم به سائل فى حجم البندقة حول قيد الغلفة وغالبا يكون نتيجة التهاب فى القناة التى حول قناة مجرى البول ويجب

في هذه الحالة أن يوضع مجس في القناة ويعمل شق صغير في هذا الورم ثم يكوى تجويفه بنترات الفضة وفي بعض الأحوال يلزم الكي بالكهرباء .

التهاب قناة مجرى البول السيلاني .

هل القسم الأمامي هو المصاب أو القسم الخلفي أو الاثنان معا .

إذا امتدت العدوى الى ما وراء العضلة العاصرة لقناة مجرى البول تكون الحالة التهابا في القسم الخلفي لقناة مجرى البول وأما اذا وقفت عند العضلة العاصرة فالقسم الأمامي هو المتهب .

يجب علينا التشخيص بدقة والفصل في موضع الالتهاب قبل البدء بالعلاج .

ضرورة التشخيص — التهاب قسم قناة مجرى البول الأمامي السيلاني الحاد غير المصحوب بمضاعفات يشفى عادة في أربعة أسابيع وأما التهاب القسم الخلفي من القناة فلا يشفى قبل ثلاثة أشهر أو أربعة فمن المهم جدا معرفة أى الأحوال تعالج وضروري أيضا من الوجهة الفنية الاختصاصية معرفة وجود الإصابة بالقسم الخلفي من عدمها .

طريقة التشخيص — طريقة جانيت — يستلقي المريض على منضدة وقد منع من التبول مدة ثلاث ساعات ثم يغسل الجزء الأمامي لقناة مجرى البول بمحلول (اكس سيانور الزئبق ١:١٠٠٠) بحافضة معلقة على ارتفاع نحو المتر عن المريض) وفي أثناء ذلك يبحث السائل الخارج من القناة عن وجود خيوط أو غيرها فيه وبعد التحقق من عدم وجودها في السائل المغسول به يسمح للمريض بالتبول وفي هذه الحالة اذا وجد

البول خاليا من الصديد أو الخيوط نعتبر أن الإصابة هي في القسم الأمامي لقناة مجرى البول ولم يتعد المرض بحدود ما إذا وجدنا في البول صديدا أو خيوطا فإننا نعتبر أن القسم الخلفي مصاب أيضا وتعليل ذلك سهل جدا لأننا بغسلنا القسم الأمامي من قناة مجرى البول نعتبر أن كل صديد أو خيوط تأتي في البول فهي من القسم الخلفي والبروستاتة .

الفحص عن البروستاتة والحوصلتين المنويتين

وعلى فرض أن المريض مصاب بالتهاب القسم الأمامي لقناة مجرى البول فقط فينظرنا الفحص عن حالة البروستاتة والحوصلتين المنويتين والقناة النافذة للمنى سواء كان المريض مصابا بالتهاب القسم الأمامي أو الخلفي .

ويعمل ذلك بإدخال الأصبع المغطى بالمطاط داخل المستقيم بإطافة متناهية ومعرفة وجود إصابة في البروستاتة أو الحوصلتين المنويتين مع عدم إيلام المريض أثناء الفحص خصوصا إذا كانت طريقة جائت حققت أن الإصابة في القسم الأمامي فقط ففي أغلب الأحوال نجد كلا من البروستاتة والحوصلتين المنويتين طبيعيتين ما لم يكن المريض أصيب فيما سلف بالتهاب بروستاتى مزمن نشأ عن إصابة سابقة .

البروستاتة الطبيعية - سهل علينا وقت الفحص بحس دائرة

الغدة نفسها تعين أى جزء ملتهب منها من الحائط الأمامي للمستقيم .

حجم البروستاتة - يختلف كثيرا وفي بعض الأحوال يحتاج الى طبيب ماهر لمعرفة ما إذا كانت البروستاتة التى تحت الفحص متضخمة لمرض

. أو بها ضمور نتيجة التهاب فيما بين أنسجتها - فضخامة البروستاتة ربما تكون ناشئة عن وجود نراج كما أن الضمور يكون بعد التهاب سالف ويلزمنا الحرص في الفحص فقد يوجد بعض الضخامة في البروستاتة وتكون غير محسوسة للأصبع في المستقيم .

ان البروستاتة في محالتها الطبيعية جسم مرن به قليل من الصلابة .
تختلف صلابة البروستاتة اختلافاً يديا فقد تكون في بعض الأحيان صلبة وقد تكون لينة كأن بها نراجا وفي كلتا الحالتين تكون غير طبيعية ، ففي الحالة الأولى ربما كانت الصلابة ناشئة عن ورم سرطاني خصوصا اذا كان الجسم متدنا وملتصقا بالأنسجة حوله وأما اذا كانت لينة فلربما كان بها نراج - ومن المهم في كل الأحوال معرفة ما اذا كان الشيء غير الطبيعي الموجود يشمل جميع البروستاتة أو جزءا من أجزائها ومعرفة أن الإصابة سطحية أو غائرة ويحسن التنبيه هنا بأن البروستاتة ربما تصاب بأمراض ليست ناشئة عن السيالان وفي هذه الحالة يباشر علاجها الجراح .

الحويصلة المنوية والقناة الناقلة للمني

في الأحوال الطبيعية لا يمكننا الشعور بالجلس بالأصبع بالحويصلة المنوية ولكن اذا سبق إصابتها بمرض فغالبا يحس بها فنجد :

- (١) ضخامة غير منتظمة في الحائط الحويصلي نتيجة عدوى .
- (٢) الحويصلة المنوية ملتهبة وضخمة في جسم أصبع الإبهام وفي أحوال أخرى نجد ورما لينا نتيجة التهاب جزء من الحويصلة مع

النسداد تام في القناة الناقلة للمني وفي هذه الحالة لا نجد طبعاً أى افراز أو صديد في البول فيلزمنا سدة الاحتراس في التصريح للمريض بأنه شفى وعلى العموم يلزمنا الفحص أيضاً عن غدد كوبر للتثبت من سلامتها حتى ولو في الأحوال التي لا ينتظر إصابتها فيها بالعدوى .

التهاب الجزء الأمامى لقناة مجرى البول

ظهر لنا من نتيجة الفحص التي شرحناها أن أمامنا حالة مريض عنده التهاب في القسم الأمامى لقناة مجرى البول فقط وأن القسم الخلفى سليم حتى ولو ظهر لنا أن القسم الخلفى ربما كان به آثار التهاب نتيجة عدوى قديمة فالمعالجة تكون للجزء الأمامى فقط لمدة خمسة أسابيع وبعد ذلك يلتفت للجزء الخلفى .

العلاج العام لالتهاب الجزء الأمامى

لقناة مجرى البول الحادة

إذا تم لنا تشخيص المرض على الطريقة السابقة الذكر نعطي المريض نسخة من التعليمات العامة .

يلزم المريض أن يلبس كيساً رقيقاً للنصفين على شرط أن يكون محكماً وإلا فلا فائدة منه .

فيستحسن أن ينصح للمريض بالراحة مدة ثلاثة أيام في ابتداء المرض ويعطى طعاماً خفيفاً ولكنه يحضر للعيادة بنفسه ومن المناسب أن يعمل

العلاج الطبي للسيلان

سترات البوتاسيوم... .. ١,٠٠ جرام
صبغة البنج... .. ٢,٠٠ جرام
ماء... .. ٣,٠٠ جرام

برومور الصودا... .. ۲۰۰ جراما
لیوبولینم ۲۰۰ جرامان

يعطى نصف ملعقة صغيرة في نصف كوب من الماء مرة عند النوم أو

كافور ٠.٠١٨ جراما

أفيون ٠.٠١٥ جراما

خلاصة البالادونا ٠.٠١٥ جراما

يعمل حبوبا — تؤخذ حبة واحدة قبل النوم .

ومن الضروري التنبيه هنا بعدم استمرار تعاطي هذه الأدوية فربما

تحدث نتائج سيئة (كالعنة) في المستقبل .

(٣) أما إعطاء الزيوت كزيت الصندل فغير ضروري في الأحوال

الحادة لأنها تتعب المعدة وتسبب عسرا في الهضم ، ولكن من المؤكد أنها

تفيد كثيرا في الأحوال تحت الحادة أو عند وجود زحير بولي (تكرار مع

الآلم في حالة التبول) فيعطى زيت الصندل بمقدار خمس عشرة نقطة

في فنجان من القهوة المحلاة بالسكر أو في محافظ ، ولكن أفضل طريقة

المزيج .

وقد يعطى أيضا حقنا من اللبن المعقم بمقدار خمسة الى عشرة سنتيمترات

مكعبة في الآلية مرة كل ثلاثة أيام ، ويوجد منه مستحضرات مجهزة

تعرف باسم أولان .

العلاج الموضعي — الغسيل والحقن

سنشرح طريقة علاج المريض المصاب بالتهاب في القسم الأمامي

لقناة مجرى البول :

(١) في حالة ما اذا كان يمكن المريض أن يحضر الى العيادة بنفسه يوميا .

الطريقة المستحسنة أن يغسل القسم الأمامي لقناة مجرى البول الملتهب مرة كل يوم وفي النادر مرتين يوميا بالطريقة التي سبق لنا شرحها بمحلول برمنجانات البوتاسيوم $\frac{1}{100}$ مرتفعاً تدريجياً الى $\frac{1}{10}$ ثم يستمر على هذه النسبة لمدة أسبوعين على الأقل تراقب فيها حالة البول من وقت الى آخر حتى اذا ما صار رائقاً يستبدل به محلول قابض مطهر (وذلك بعد اجراء فحص ميكروسكوبي للبول والتحقق من أن ميكروب السيالان معدوم) كمحلول برمنجانات الزنك بنسبة $\frac{1}{10}$ وتزداد تدريجياً الى $\frac{1}{5}$ لمدة أسبوع أو أكثر قليلاً ففي الأحوال العادية يمتنع الإفراز بالمرة ويصير التبول عادياً فيحسن بنا بحث المريض البحث الكافي للتحقق من شفاؤه كما سنشرحه بعد .

(٢) في حالة ما اذا كان يمكن المريض أن يحضر الى العيادة مرتين فقط في الأسبوع .

في هذه الحالة يجري غسل المجرى كما ذكرنا في الحالة السابقة وبعض الأطباء ينصح بتعليم المريض الغسل بنفسه في المنزل والبعض الآخر يرى أن في هذا ضرراً كبيراً على المريض فربما يسترسل في العمل أو يزيد في النسبة المعطاة له أو لا يستعمل الغسل بدقة كافية فتحدث مضاعفات هو في غنى عنها فينصح باستعمال الحاقنة الصغيرة وهي تكفي للغرض المطلوب أربع مرات أو خمساً يومياً الى يوم حضوره، وبطبيعة الحال

تزيد نسبة مقدار محلول برمنجانات البوتاسيوم ثم محلول زنك برمنجانات كما ذكرنا في الحالة السالفة .

(٣) في حالة عدم تمكن المريض من الحضور للعيادة ولو مرتين في الأسبوع للغسل يجرى ما يأتي :

(أ) إما أن ننصح للمريض بإجراء الغسل بحاقنة الحائط وفي هذا من الضرر وأحتمال حصول المضاعفات ما لا يخفى .

(ب) أو تستعمل الحاقنة الصغيرة التي تسع نحواً من الثمانين السنتيمترات المكعبة للحقن بالمحلولين السالفي المذكور أربع مرات يومياً لمدة أسبوعين .

(ج) أو يحقن بالحاقنة الصغيرة مرتين في اليوم فقط لمدة أسبوع .

(د) أو يمتنع عن عمل أي شيء مدة ثلاثة أيام ويعرض نفسه على الطبيب لبحث حالته ويقرر له اللازم وذلك عند عدم حدوث مضاعفات توجب عليه الحضور في ظرف هذه المدة .

التهاب القسم الأمامي لقناة مجرى البول تحت الحاد

حينما يقل الإفراز ويتغير لونه من الأصفر المخدر إلى أبيض لزج سميك أو نصف شفاف ويصير البول عكراً وتزول أكثر العوارض الحادة بالكلية ويحصل ذلك عادة في الأسبوع الرابع تكون هذه الحالة التهاباً تحت الحاد . والمريض الذي يأتي في هذه الحالة يعمل له الغسل اللازم طبعاً ففي حالة امتداد العدوى للقسم الخلفي لقناة مجرى البول يعالج الطبيب الاثنين معاً .

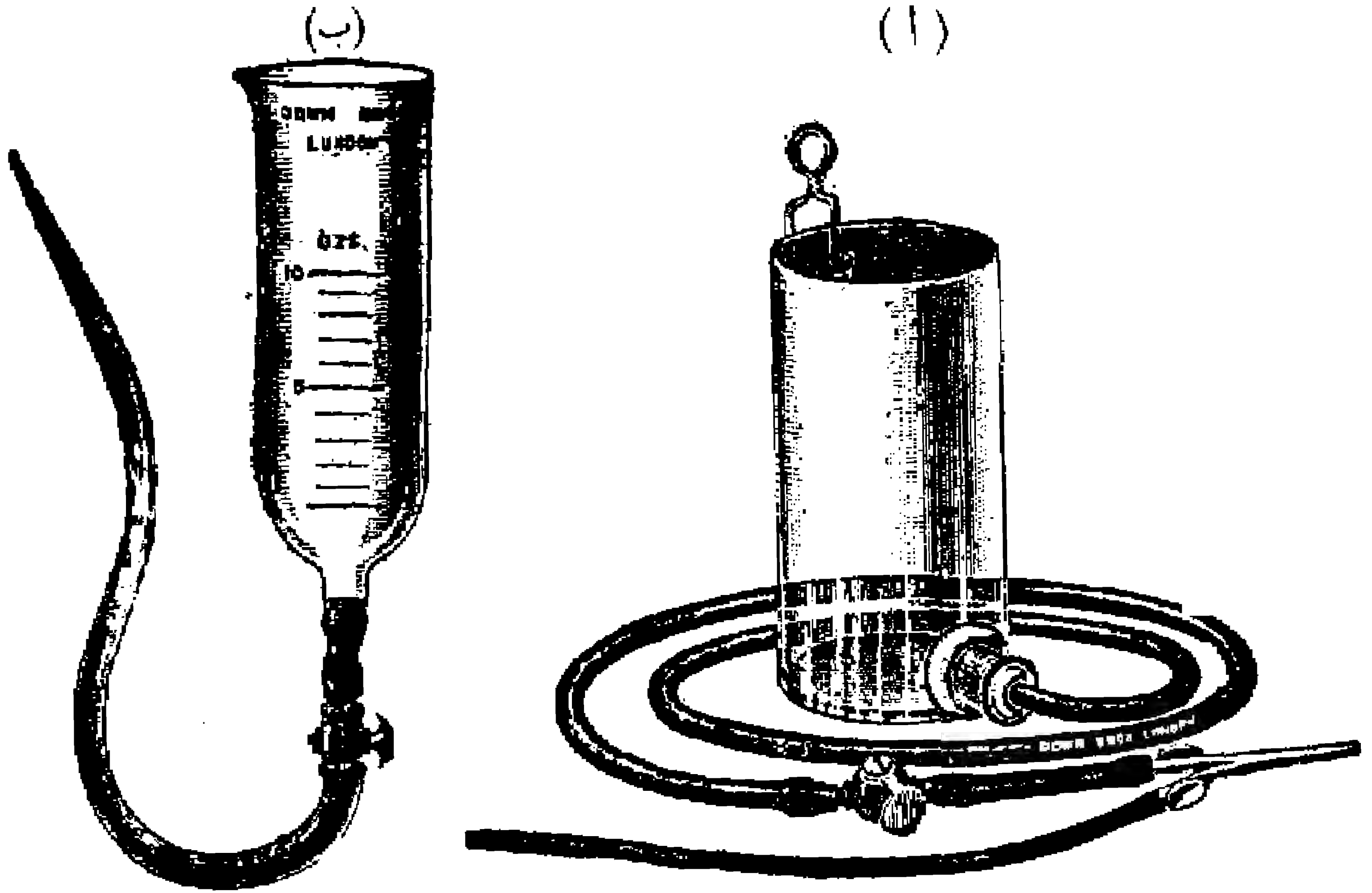
ملاحظات خاصة بغسل وحقن القسم الأمامي

لقنة مجرى البول

- (١) الغسل — يستحسن دائماً استعمال حاقنة الحائط خصوصاً إذا كان الطبيب هو الذى يعمل الغسل بنفسه .
- (٢) لا يلزم أن تكون الحاقنة أعلى من المريض بأكثر من ثلاث أقدام .
- (٣) يستعمل فى الغسل نحو اللتر أو اللترين من المحلول دفعة واحدة .
- (٤) لا يستعمل أى ضغط أثناء الغسل فإنه ربما يهدم الغشاء المخاطى المغطى لقناة مجرى البول أو ربما يطرد السائل الى الجزء الخلفى عفووا .
- (٥) ينصح للمريض بأن تكون الحاقنة دائماً فى حالة نظافة تامة ويعقم المهيم فى كل مرة قبل استعماله كما أنه يجب عليه نظافة الصماخ البولى .

أنواع الحاقنات التى يوصى باستعمالها

- (١) يحسن أن تكون حاقنة الحائط من النوع الزجاجى كالتى تستعمل للسيدات وبمهم زجاج أيضاً وتوجد أنواع أخرى من المعدن (الصفيح أو الزنك) ونوع آخر من المطاط وهو سهل الحمل ويمكن المريض استعماله سرا إذا أراد وفى هذه الحالة يلزم الطبيب أن يمتن المريض على طريقة الغسل جيداً لئلا تحصل مضاعفات .

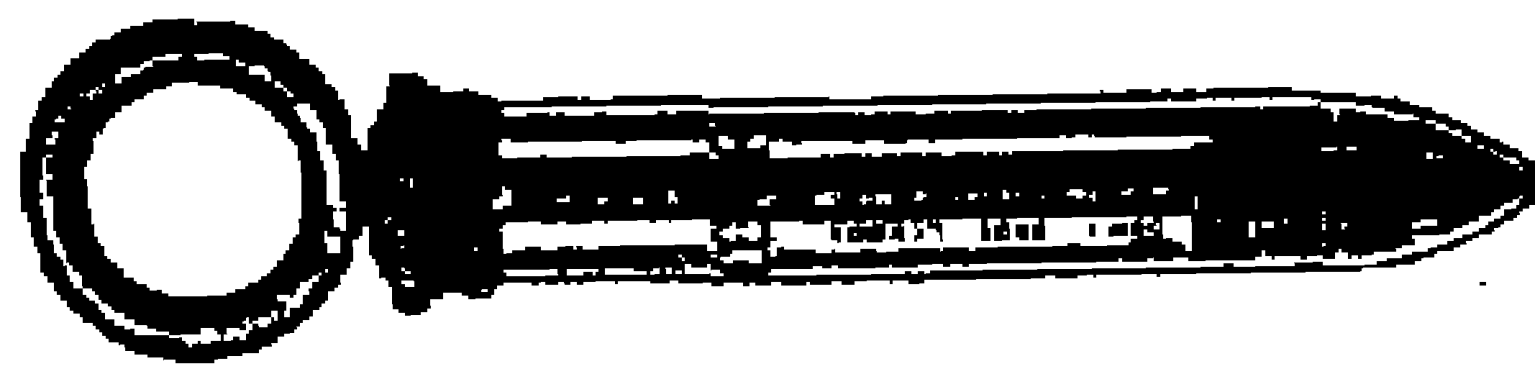


(شكل ٤) حاقنة حائط

(ب) حاقنة زجاجية

(أ) حاقنة معدنية

(ب) إذا استحال حضور المريض للعيادة لعمل الغسل بمعرفة الطبيب يمكنه استعمال حاقنة صغيرة من الزجاج سعة ٨ سنتيمترات مكعبة مع الاحتفاظ بالسائل داخل قناة مجرى البول مدة خمس دقائق الى عشر ثلاث مرات أو أربعاً يومياً . ومن الضروري جداً تنظيف وتعقيم هذه الحاقنة في كل مرة قبل الاستعمال .



(شكل ٥) حاقنة صغيرة سعة ثمانية سنتيمترات ذا ميسم صالح للاستعمال



(شكل ٦) حاقنة صغيرة سعة ثمانية سنتيمترات ذا ميسم ردى،
يشدد على المريض بتجنب استعمالها

وفي بعض الأحوال خصوصاً الحادة جداً يلزمنا استعمال محلول
برمنجانات البوتاسيوم مخففاً عما ذكر بنسبة $\frac{1}{100}$ وقد وجد بعض
أحوال لا تتحمل محلول برمنجانات بأي نسبة كانت فيحسن عمل الغسل
بمحلول حمض البوريك أو ملح الطعام $\frac{1}{100}$ الى $\frac{1}{900}$ وحينما يزول الشكل
الحاد تستعمل محلولات أخرى .

ملاحظات عن استعمال محلولات أخرى

إذا لم يفته الإفراز في الوقت المناسب بعد استعمال الحقن بالطريقة
السالفة الذكر يحسن انتخاب محلول آخر كـتراتات الفضة بنسبة $\frac{1}{100}$
الى $\frac{1}{1000}$ ومن المؤكد أنه توجد عشرات من الأدوية تستعمل للحقن وكل
منها موصى به من أقطاب الأطباء ولكن يلزمنا أن نقول صراحة بأنه
لا يوجد أحسن من محلول برمنجانات البوتاسيوم ويحسن ألا اضيع الوقت
باستعمال محلولات من البوتارجول أو الأوجيرون في الأحوال الحادة لأنها
تزيد الإفراز في أغلب الأحوال وقد تحدث ضرراً في الغشاء المخاطي
المبطن لقناة مجرى البول .

محمول أكسي سيانور الزئبق بنسبة $\frac{1}{4000}$ إلى $\frac{1}{2000}$ يصح استعماله في الأحوال غير الحادة .

الاحتباس البولي الحاد

يحصل في بعض الأحيان وفي بدء حدوث الالتهاب السيلا في الحاد أن المريض يصبح غير قادر على التبول ومن الضروري اجتناب التداخل الفعلي بواسطة عمل عملية أو إدخال أى قسطرة فى قنصة مجرى البول بل يحسن عمل ما يأتى :

(١) عمل حقنة شرجية بالماء والصابون وإعطاء ثلاثين نقطة من صبغة الأفيون بالفم .

(ب) يحسن استعمال حمام ساخن. وينتظر المريض مدة من ١٥ الى ٣٠ دقيقة في الحوض ويحتس من الإغماء فان لم يتبول المريض بعد ذلك يحقن في قناة مجرى البول بكمية ٨ سستيمترات مكعبة من المحلول الآتي :

استوفایین	۲٪	... ..
محلول ادرینالین	$\frac{1}{10}$	... ..
ماء مقطا سر		... ..

فإذا لم تفصح كل هذه الأشياء يعمل غسل للجزء الأمامي لقناة مجرى البول بمحلول برمنجانات البوتاسيوم $\frac{1}{4}$ ثم تدخل قسطرة معقمة بغاية الاحتراس .

ولكن اذا عاد هذا الاحتباس للمريض بعد استعمال مؤهلات الاغراء للتبول اللازمة له وعلى فرض أنه لم يتيسر ادخال القسطرة المذكورة نظرا لوجود ضيق قديم فيعمل بذل المئانة من فوق العانة وتعمل هذه الحالة فقط في أحوال وجود التهاب سيلاني حاد بجزأى قناة مجرى البول مع وجود نراج في البروستاتة .

المضاعفات الاعتيادية لالتهاب القسم الأمامى لقناة مجرى البول الحاد

التشخيص والعلاج

لنفرض أنه تم شفاء مريضنا الأول وأماننا الآن مريض آخر بالشكوى نفسها ولم يفسد معه العلاج فالافراز الصديدي والبول العكر لا يزالان موجودين بعد مضي أربعة أسابيع فى العلاج مع سابق استعمال الحقن على طريقة جانبية أو غيرها ولما يمتد المرض الى القسم الخلفى فأقول ما يخطر ببالنا وجود المضاعفات ولذلك يلزمنا فحص المريض بواسطة المجهر الكهربائى بقناة مجرى البول (حتى على فرض امتداد العدوى للقسم الخلفى لقناة مجرى البول) وسنشرح بالتفصيل فى الفصل السادس استعمال هذا المجهر .

المضاعفات المعتادة الوجود فى حالة التهاب القسم الأمامى لقناة مجرى البول هى :

(١) التهابات فى غدد لتر، قنويات مرجاني، التهاب غدد أخرى .

(ب) ترشيعات رخوة تحت الغشاء المخاطي ينشأ عنها مضايق رخوة .
 (ج) ترشيعات صلبة ينشأ عنها مضايق صلبة نتيجة عدوى قديمة .
 ومن المضاعفات التي قد توجد في بعض الأحوال خراج حول قناة
 مجرى البول أو خراج تحت القناة — أو صنت — أو بوليبيوس داخل القناة
 وسنشرح ذلك جميعه في الفصل السادس .

الاختلاف في التسمية — من سوء الحظ كوث المؤلفين
 يشرحون المرض الواحد تحت أسماء مختلفة فيلتبس ذلك على حديث العهد
 بالتخصص وذلك مثل : (١) التهاب غدى ناشئ عن التهاب غدد لتر —
 التهاب حول قناة مجرى البول ناشئ عن التهاب ممتد من الغشاء المخاطي
 لقناة مجرى البول .

(١) التهاب غدد قناة مجرى البول .

هذه الغدد موجودة في الطبقة الغائرة للغشاء المخاطي المبطن لقناة مجرى
 البول ولكن بعض الأطباء يطلقون هذا الاسم على الالتهاب في غدد لتر
 أو في قنويات مرجاني .

التهابات غدد لتر تظهر بالفحص بواسطة المجهر الكهربائي لقناة
 مجرى البول وفتحات هذه الغدد الموضوعة على خط مستقيم في قاع مجرى
 البول منتفخة ومرتفعة عن السطح قليلا وباستعمال قليل من الضغط على
 القناة بواسطة الأصبع من الخارج نجد نقطة من الصديد بارزة في فتحة
 الغدد ومن المؤكد أن إدخال المجهر الكهربائي في مثل هذه الأحوال

يحدث الماء غير مرغوب فيه وسنشرح ذلك بالتفصيل في الفصل السادس .

(ب) ان التهاب حول قناة مجرى البول يدل على التهاب في الأنسجة التي تجاور هذه القناة ومن المؤكد أن القصد من إطلاق كلمة التهاب حول قناة مجرى البول هو التهاب مبتدئ في إحدى القنويات الصغيرة ومنتشر في الجسم الغدي حول القناة حيث يحدث خراجا في بعض الأحوال وعادة لا توجد قنويات هذه الغدد الضئيلة بكثرة في الجزء الأمامي لقناة مجرى البول . ولكن قد يحس هذا الالتهاب ويصير ظاهرا للعين كما أنه يمكن لمسه باليد .

(ج) قد توجد شواذ في شكل قناة مجرى البول بأن تكون غير كاملة الخلق من السطح الأسفل أو الأعلى فتوجد عادة في الجزء غير الكامل جيوب صغيرة معرضة للالتهاب ويطلق عليها اسم التهاب فوق قناة مجرى البول وسنشرح ذلك مفصلا في الفصل السادس أيضا .

علاج هذه المضاعفات

(١) التهاب في الغدد أو التهاب في غدد لتر :

(أ) درجة غير محسوسة تزال عادة بالغسل بمحلول برمنجانات البوتاسيوم مبتدئا بنسبة $\frac{1}{100}$ الى $\frac{1}{50}$ وتشقى عادة في مدة أسبوع .

(ب) حينما تكون الحالة ظاهرة ومتوسطة يدخل المنظار المجهرى الكهربي داخل قناة مجرى البول وتلك القناة دليكا خفيفا بواسطة اليد فوق عمود المنظار ثم تغسل القناة كما أسلفنا في مرة واحدة .

(ج) في الأحوال المتقدمة يستعمل في هذه الأحوال الموسع المستقيم المصحوب بالغسل مرة كل خمسة أيام .

(د) الأحوال الشديدة ربما تحتاج الى المس بنترات الفضة داخل المجهر الكهربائي وهذا العمل يحتاج الى حذق متناه حتى يمكن الحصول على نتائج مرضية وسنشرح ذلك أيضا في الفصل السادس .

(٢) الترشيحات الرخوة تحت الغشاء المخاطي المسببة للمضايق الرخوة نراها بواسطة المنظار الكهربائي كأورام صغيرة بارزة في أجزاء قناة مجرى البول ومن المهم جدا علاجها قبل ما يستفحل أمرها وتعالج عادة باستعمال الموسع المستقيم مع الغسل مما سنشرحه في الفصل السابع .

(٣) المضايق الصلبة لا توجد عادة في المرضى الحادى الإصابة إلا أن تكون نتائج مضاعفة لإصابة قديمة سابقة .

ومن المؤكد أن وجود هذه المضايق القديمة العهد يسبب استمرار الإفراز الصليدى من وقت لآخر وتعالج هذه المضايق كما سيشرح في الفصل السابع بإدخال المحسسات القصيرة ثم استعمال الموسع كولينان ويلزمنا التنبيه هنا بأنه يجب ألا تستعمل هذه المحسسات أو الموسعات إلا بعد التحقق من أن حالة الالتهاب الحاد زالت تماما لأننا إذا أدخلناها الى ما وراء العضلة العاصرة لقناة مجرى البول تعرض مريضنا لالتهاب الجزء الخلفى للقناة .

ومن الضروري إجراء فحص خاص سيوضح فيما بعد قبل التصريح للمريض بأنه شفى .

النصيحة الأخيرة أتت إذا ما فحصنا المريض وقررنا شفاؤه نرجوه الحضور بعد ستة أشهر لفحصه بالمنظار الكهربي لقناة مجرى البول وذلك خوفاً من أن تحدث ضخامة موضعية في الأنسجة تسبب ضيقاً قد نكون تجاوزناه عنه في المرة الأخيرة عند فحص المريض ونذكر هنا أيضاً للمريض بأنه كلما أكثر من الامتناع عن تعاطي الخمور والجماع بعد انتهاء العلاج كلما رجعت حالة قناة مجرى البول وغدها إلى مجراها الطبيعي بعد التهاب الناتج عن استعمال علاجاتهم ومن المهم أن هذه النصائح لا دخل لها مطلقاً في تقريرنا الأقوى للمريض بأنه شفى .

التهاب القسم الخلفى لقناة مجرى البول تحت الحاد — التهاب البروستاتة في بعض الأحوال يكون الطبيب عرضة لارتكاب خطأ ينشأ عنه كثير من المشغولية والتعب كان المريض في غنى عنها وذلك أن بصير بول المريض المصاب بالتهاب الجزء الأمامى لقناة مجرى البول رائقاً ظاهرياً ويصح بعدم وجود أى إفراز أو ألم وقت التبول كما أن حالة البروستاتة تكون قريبة من الطبيعية عند فحصها بالأصبع وينجلى الفحص بالمنظار الكهربي عن سلامة قناة مجرى البول وهنا نوجه نظر الطبيب إلى أنه قد توجد أحياناً في مثل هذه الأحوال عكارة في البول لوجود بعض صديد، وحينئذ يتوجه السؤال الآتى :

من أين أتى هذا الصديد ؟ مادام الطبيب واثقاً من سلامة قناة مجرى البول بجزيائها ، ويحل هذا الاشكال بذلك البروستاتة ذلكا خفيفاً بالأصبع وبفحص السائل بالمجهر فنجد كثيراً من خلايا الصديد اذ ذاك

تكون إصابة جزء من البروستاتة محفظة ويعمل هذا ذلك يساعد على طرد الإفراز منها .

وتعالج هذه الحالة بالمواظبة على ذلك ثلاث مرات في الأسبوع مع غسل قناة مجرى البول بمحلول برمنجانات البوتاسيوم .

العلاج الإجهاضي لالتهاب القسم الأمامي لقناة مجرى البول
يحضر لدينا أحيانا مرضى يشكون من أكالان وحرقة شديدة وفي بعض الأحيان نجهد قليلا من الإفراز فنعمل لهم الاسعافات الضرورية العاجلة (كالراحة في الفراش ، وتنظيم الغذاء والغسل الموضعي الخ) وربما تنتهي هذه الحالة في مدة عشرة أيام أو خمسة عشر يوما فيستعمل الطبيب الغسل مرتين في اليوم بمحلول برمنجانات البوتاسيوم بنسبة $\frac{1}{100}$ مرتين تدريجيا لنسبة $\frac{1}{50}$ وإلى $\frac{1}{20}$ في خامس يوم حتى اذا صار البول رائقا وتلاشت كل العوارض يمكننا إتمام الفحص بالمنظار الكهربي في عاشر يوم في أغلب الأحوال وإذا وجدنا النتيجة مرضية نجري ما يلزم للتأكد من تمام الشفاء .
ولدينا طرق أخرى للعلاج الإجهاضي — ولكن من المؤكد أن بعضها يحدث ألما بل وتلفا موضعيا أكثر مما يحدثه السيالان نفسه وقد تنتهي الحال باطالة المدة فضلا عن صعوبة نيل الشفاء .

العلاج المبكر الواقى من السيالان

من الضروري أن نفهم بأن الجونوكوك يعيش على سطح الغشاء المخاطي مدة ثلاثين ساعة ويمكننا في هذه الحالة إبادته موضعيا في الوقت

المناسب لأنه بعد ذلك يغور فيما تحت الغشاء المخاطي بحيث يمكنه مقاومة كل ما نعمله من علاج . وإذا حضر لدينا المريض في اليوم الأول من تعرضه للعدوى فيمكن باستعمال قليل من الحذق والمهارة والعلاج السريع أن نصل الى منع انتشار العدوى .

(١) ولكي نحصل على ذلك بسهولة يلزمنا أن نأمر المريض بالاستراحة في الفراش ونتبع بدقة نظام الغذاء والشراب وترك جميع المنبهات وبالاختصار كل ما هو مدون في علاج التهاب الجزء الأمامي لقناة مجرى البول السيلاني الحاد .

ويحسن أن يغسل المجرى بمحلول من السلياني بنسبة $\frac{1}{3}$ ثم يواى بالمحلول برمنجانات البوتاسيوم مبدئين بنسبة $\frac{1}{3}$ الى $\frac{1}{4}$ مرتين يوميا ولا بد من عمل هذا الغسل بمعرفة الطبيب نفسه مصحوبا بحفاة ولطف مع مهارة لئلا يحدث ذلك تلفا للغشاء المخاطي وذلك يساعد على انتشار الجونوكوك .

(٢) أما اذا تعذر على المريض ملازمة الفراش ولو لمدة يومين فقط فيحسن أن نتبع الطريقة الآتية :

(أ) تغسل الحشفة (رأس القضيب) بكؤول نقي أو بمحلول سلياني بنسبة $\frac{1}{3000}$

(ب) تغسل قناة مجرى البول (القسم الأمامي فقط) بمحلول برمنجانات البوتاسيوم بنسبة $\frac{1}{3000}$

(ج) يوضع قليل من مرهم الزئبق الحلو داخل قناة مجرى البول لمسافة أربعة الى ستة سنتيمترات مع ذلك المرهم في الحشفة والغلفة والى ما وراءهما الى الفخذين .

ملاحظات عن أسباب تعكير البول

تعكير البول الحديث ينشأ عن أسباب كثيرة أهمها ما يأتى :

البول مضافا اليه قليل من حمض الخلليك .

إذا استمر وجود العكارة يكون به صديد .

البول مضافا اليه قليل من حمض الخلليك — وإذا انقشعت العكارة يكون به فوسفات .

البول مضافا اليه قليل من حمض الخلليك — إذا زادت العكارة — يكون نتيجة تعاطى زيت الصندل .

البول مضافا اليه قليل من محلول البوتاسيوم الكاوى — فإذا تجدد قليلا كان به مخاط .

الهز العنيف للبول — حتى إذا كان به دوامة كان به با شيلوش وبعد ذكر ما تقدم ننصح الطالب بأن كل ما ذكرنا هو تقريبي وأنه ربما وجدت عدة أسباب من هذه مجتمعة فى بول واحد ومحدثة للعكارة .

الخيوط فى البول

قد يتخذ بعض المرضى فحص بوله عادة ويبحث دائما فى كل مرة من مرات البول عن خيوط ، وهذا لا يدع الطبيب أن يهمل البحث عن

هذه الخيوط وفحصها لأن منها ما ينتج عن المرض أو يدل على وجوده كما أن منها ما يكون عديم الأهمية ، وبعض الأطباء يقسمها أقساما مختلفة وأنواعا كثيرة يستدل منها على مكان تكوينا كالبروستاتة وغدد البروقد اكتفينا هنا بالإشارة الى ذلك .

فمثلا اذا كان لون الخيوط أصفر رائقا وترسب بسرعة الى قاع الكأس دل ذلك على أنها صديدية وبها ميكروبات معدية .

وأما اذا اتخذت الخيوط شكل الوار واللون الأصفر ، فتكون آتية من البروستاتة ، واذا كانت رقيقة وعائمة على سطح البول فتتكون من خلايا ومخاط وتدل غالبا على شفاء القناة أو أن المادة التي تحقق تسبب تهيجا للأنسجة ، وأما اذا كانت على شكل حلقات طويلة ومتوسطة الكثافة فتدل على أنه ربما حصلت عدوى جديدة ، واذا كانت على شكل حلقات متراكبة من خيوط متفخمة وترسب في قاع الكأس دل ذلك على وجود عصير من النقي ممتزج بخاط كثير وهكذا . ومن المؤكد أن التجارب الشخصية وكثرة التمرن على رؤيتها يساعدان كثيرا على معرفة أنواعها .

الفصل الثالث

تشخيص وعلاج التهاب القسم الخلفى لقناة مجرى البول
الحادة وتحت الحادة ومضاعفاته

الالتهاب السيلانى للقسم الخلفى لقناة مجرى البول
والتهاب البروستاتة

نبدأ هذا الفصل بشرح حالة كنموذج — فتاريخ المرض والعلامات
السطحية له هي التي سبق لنا شرحها في مرض التهاب القسم الأمامى لمجرى
البول ، وتنتد العدوى عادة للقسم الخلفى بعد مضي عشرة أيام الى ثلاثة
أسابيع من تاريخ الإصابة ، وقد قيل إنها تمتد في مدة يومين في أحوال
نادرة جداً ، ولكن يغلب على ظنى أن هذه الأحوال تكون عدوى جديدة .
ولكن سبق إصابتها بالتهاب القسم الخلفى قديماً وكان كامناً وتجدد بعد
حدوث الإصابة وبعد تشخيص المرض بالطريقة السابقة والتثبت من
إصابة القسم الخلفى والبروستاتة نجد ما يأتى :

(١) بإدخال الأصبع فى المستقيم ربما نجد البروستاتة فى حجمها
الطبيعى ولا يحدث ذلك ألماً حتى بالضغط بالأصبع ، ومن الغريب أن
يقابل ذلك فى بدء أحوال التهاب البروستاتة الحادة وتحت الحادة فواجب
علينا أن نجتهد فى حفظ الحالة كما هي على الأقل ،

(ب) وربما نجد البروستاتة متضخمة جميعها أو من جهة واحدة مما يدل على حصر المرض في فص واحد منها وتكون مؤلمة عند الضغط بالأصبع مع وجود صلابة أو رخاوة كالقربة ويحس بكبر حجم الورم من جهة المستقيم بالحس مما يدل على تكون خراج ربما ينفجر في المستقيم نفسه ، وفي هذه الحالة يكون مصحوبا بعلامات ألم شديد عمومية في العجان خصوصا عند التبرز ، وألم وقت التبول وقد نجد قليلا من الدم مع البول وقد ينتهي الحال بإحتباس في البول وارتفاع في الحرارة ، وقد يصحب ذلك بالتهاب في الحويصلة المنوية أيضا ولكن ترك ذلك الى ما بعد .

علاج الالتهاب الحاد وتحت الحاد للقسم الخلفي

لقناة مجرى البول

يجب علينا أن نرسم الخطة الواجب اتباعها في علاج القسم الخلفي المصحوب دائما بالتهاب القسم الأمامي ، ويلزمنا أن نفهم المريض بأنه لا يرجى شفاؤه قبل شهرين أو ثلاثة على الأقل وأن أي مخالفة للنصائح الطبية أو الإهمال لها يسبب مضاعفات ربما لا تشفى بعد عدة أشهر .

نبدأ بعلاج القسم الأمامي مع ما يحتمل معه من المضاعفات في مدة الخمسة الأسابيع الأول كما شرحناه في الفصل الثاني وقد يترك علاج القسم الخلفي وقتيا وذلك لأن بعضهم يعتقد بأنه من الخطر جدا غسل القسم الخلفي للجري قبل مضي خمسة أسابيع ما لم يكن البول رائقا تماما وقد يكون

من السهل نقل وانتشار العدوى للثانة أو البرنج أو الحويصلة المنوية إذا غسلنا القسم الخلفى وذلك البروستاتة ولو أننا أحبذ هذا رأى غير أنى أنصح بالتدخل بلطافة وخفة وحذق قبل مضي هذه المدة، وأما الطبيب المبتدئ فالأجدر به اتباع النصيحة الأولى .

العلاج السلبى لالتهاب البروستاتة

ان العلاج الشديد الموجه للقسم الأمامى للمجرى يلزمه الراحة التامة فى الفراش وإعطاء مسهل مع التوصية باستعمال الحمامات الساخنة ثلاث مرات يوميا نصف ساعة كل مرة على الأقل وتنظيم الغذاء وإذا وجد ارتفاع فى الحرارة يحسن أن يعطى ما يناسب ذلك ولكن إذا كان الألم فى العجان شديدا فيعطى أقصاع المورفين بمقدار $\frac{1}{4}$ قمحة وأحيانا تستعمل حقن ساخنة من المحلول الملحى بدرجة ١١٥ و ١٢٥ — ف . فى المستقيم مرتين فى اليوم .

علاج البروستاتة فى بدء الالتهاب

(أ) فى حالة تكون الخراج البروستاتى الناشئ عنه ألم شديد وصعوبة فى البول يلزمنا عمل ذلك خفيف بمهارة داخل المستقيم وفى أغلب هذه الأحوال ينفجر الخراج بالضغط داخل قناة مجرى البول ويؤول .

(ب) أما فى حالة وجود الخراج البروستاتى المصحوب باحتباس بولى ولم يقد استعمال الدلك الذى قد يساعده على الانفجار يلزمنا فى هذه الحالة

شق الخراج بالطرق الأصولية الموضحة بكتب الجراحة ويلزم لذلك استعمال غيار جاف لمدة ٣٦ ساعة ثم ضمادات ساخنة لمدة ثلاثة أيام وفي الأحوال المرضية يستغنى عن أنبوبة الدرنجة في سابع يوم ويستمر في الغيار يوميا لغاية التئام الجرح .

وبطبيعة الحال تهبط الحرارة بعد العماية بأربع وعشرين ساعة تقريبا ويزول الألم شيئا فشيئا ويمكن المريض ترك فراشه بعد أسبوعين وتنتهي الحالة في مدة أربعة أسابيع تقريبا وهذا لا يمنع من عمل ذلك خفيف في الوقت المناسب للبروستاتة نفسها لا تمام العلاج .

العلاج الموضعي للتهاب القسم الخلفي

للمجرى والتهاب البروستاتة

يبدأ بالعلاج بعد مضي خمسة أسابيع حيث تكون هبطت شدة المرض وذلك كالآتي :

(١) غسل الجزء الخلفي : (٢) تدليك البروستاتة .

قد تشبه البروستاتة في هذه الحالة قطعة قدرة من الإسفنج بها قنوات متعددة تنتهي الى قناة كبيرة هي في الحقيقة قناة مجرى البول وإنما يجب ملاحظة عدم مطابقة هذا المثل تماما للحقيقة لأن البروستاتة غدة حية أفسدها المرض — فباستعمال ذلك تطرد جميع الإفرازات التي في القنويات إلى المجرى ثم يغسل المجرى بمحلول برمنجانات البوتاسيوم بنسبة ١/٣ ويغلب على الظن أن بعض هذا السائل يدخل هذه القنويات ويطهرها — وبهذه

الوسيلة أيضا قد تمنع كل أسباب التسمم كما أن البروستاتة تكون صالحة لتكوين عصيرها الداخلى اللازم للجسم .

(١) غسل القسم الخلفى — يمكننا عمل هذا الغسل حينما يكون المريض واقفا أو جالسا أو نائما وهو الأفضل .

يؤمر المريض بالتبول أولا ثم يغسل القسم الأمامى للمجرى وتكون الحفنة إذ ذاك على ارتفاع متر تقريبا ثم يطلب من المريض السبول وباستعمال ضغط خفيف مع زيادة المسافة إلى مترين ونصف تقريبا يدخل السائل بسهولة إلى المثانة والحدوث كل الحذر من استعمال القوة فى إدخال السائل لأن مقاومة العضلة العاصرة ستكون شديدة إذ ذاك وربما يفقد المريض قوته مدة من الزمن أو تحدث نزيفا من المجرى وهذا بلا شك يؤخر العلاج وإذا وجدنا أية صعوبة فى إدخال السائل وهو نتيجة مقاومة العضلة العاصرة فيلزم أن نستلقت فكر المريض لأمر آخر كالتنفس الطويل أو شد يديه بعضها ببعض بقوة . وفى الأحوال المتعددة وهى قليلة جدا قد يحسن حقن ١٠ سنيترات مكعبة من محلول النوفوكين بنسبة ٢ ٪ داخل المجرى وهذا بلا شك يبطل كل مقاومة للعضلة العاصرة ويلزم الطبيب ألا يسمح بإدخال سائل أكثر من المعتاد للمثانة لأن ذلك بعد ذلك قد يأتى بضرر .

المقدار من السائل المسموح به وهو ما يعادل ٣٠٠ الى ٦٠٠ جرام .
(٢) الدلك البروستاتى — بعد ما تملأ المثانة بالسائل يمكننا مباشرة الدلك اللازم للبروستاتة بإدخال الأصبع فى المستقيم بتحريكه ومن أسفل

الى أعلى وإلى الداخل على جميع فصوص البروستاتة لمدة نصف دقيقة ويجهد الطبيب ألا يحدث ألمًا للمريض غير مرغوب فيه . وتستعمل نفس الطريقة لذلك الحويصلة المنوية . فيدخل الأصبع اغاية أن يصل طرفه رأس الحويصلة (إن أمكن) ثم يسحب تدريجيا إلى الخارج بضغطة بسيط عاصرا الجزء المجرى البروستاتي بجرة واحدة في المنتصف ثم تكرر العملية نفسها على الجانبين حتى تتحقق من عنصرنا للبروستاتة والحويصلة المنوية ويمكننا إطالة وقت التدايك تدريجيا إلى دقيقتين ثم يسمح للمريض بالتبول فيخرج البول مصحوبا بالافرازات وهي نتيجة العصر . ويحسن أن يفحص هذا الافراز من وقت لآخر لكي نطمئن على نتيجة العلاج .

علامتا الخطر — ارتفاع في الحرارة ووجود الدم

يحدث أحيانا بول دموي في أحوال التهاب البروستاتة وهذا إنذار وعلى الأخص إذا تكرر حصوله فهو من عوارض التهاب البروستاتة الحاد المصحوب بالتهاب الحويصلة المنوية أو البرنج فيلزمنا والحالة هذه أن نبطل كل علاج ونسمح للمريض بالفراش ولا يتركه إلا مرتين في اليوم في كل مرة نحو الساعة لعمل الحمام المنفني الساخن مع الاحتراس الشديد من التعرض للبرد . ويلزمه تخفيف الغذاء ما أمكن وتعاطي مسهل ويجب الاستمرار على هذا النظام حتى تهبط الحرارة وعلى العموم لا يمكن البدء في المعالجة الموضعية قبل مضي أسبوع على الأقل . أما في حالة وجود التهاب في البرنج فسنشرح علاجه فيما بعد .

ويلزم التنبيه بأن ارتفاع الحرارة ولو يوما واحدا حتى فى بدء المرض دليل قوى على التهاب الحويصلة المنوية .

طريقة العلاج الفعال لالتهاب القسم الخلفى لقناة مجرى البول والتهاب البروستاتة

سنضع نمودجا يشرح علاج حالة اعتيادية من هذا القليل وبالطبع يمكن للطبيب إجراء بعض التعديل بما يناسب الحالة وأن ما سنشرحه يعتبر أساسا للعلاج .

الغسل والتدليك (أربعة أسابيع ونصف)

(أ) يعمل الغسل لحزأى المجرى بمحلول برمنجانات البوتاسيوم $\frac{1}{2}$ الى $\frac{1}{4}$ مرة فى اليوم لمدة عشرة أيام ، وتلك البروستاتة فى اليوم الثالث والسابع والعاشر .

(ب) غسل وتدليك مرة كل أربعة أيام لمدة ثلاثة أسابيع ويلاحظ فى كل مرة كمية الافراز المتحصل من البروستاتة بواسطة ذلك ونوعه والأفضل فحصه بالمجهر أيضا ، وينصح للمريض باستعمال الغسل بنفسه مرة فى اليوم بمحلول برمنجانات البوتاسيوم أيضا اذا لم يمكنه الحضور للعيادة .

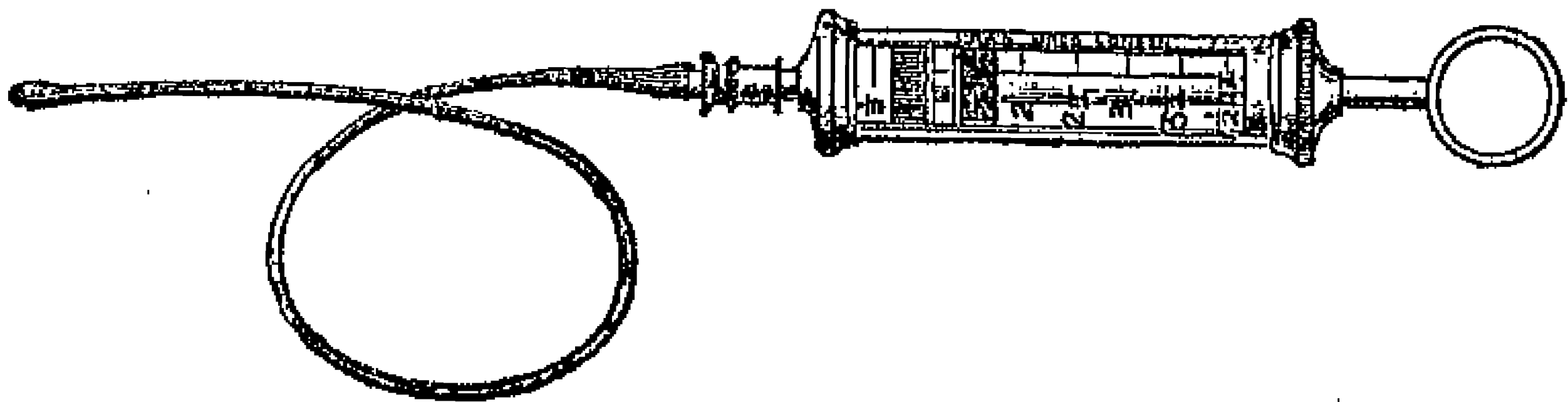
(ج) وبعد انتهاء هذا الدور يلزم فحص عصير البروستاتة وملاحظة كمية المسادة الصديدية المستخرجة منه وفى أغلب الأحوال يوقف العلاج لمدة عشرة أيام وينصح المريض بالرياضة وتغيير المكان .

(د) وبعد انتهاء الراحة يفحص سائل البروستاتة أيضا حتى اذا حصلنا في ذلك على كمية بسيطة من المادة الصديدية فقط يمكننا استعمال التقطير مع ذلك وذلك أن تلك البروستاتة أولا ثم يسمح للمريض بالتبول ويقطر نحو أربعة سنتيمترات مكعبة من محلول نترات الفضة مبتدئا بنسبة $\frac{1}{4}$ ٪ وهكذا بالتدريج الى نسبة ٢ ٪ وتستعمل في ذلك قطارة الزمان .



(شكل ٧) حاقنة التقطير ذات القسطرة الصلبة

طريقة التقطير — تملأ الحقنة من السائل المطلوب ثم تدخل القسطرة داخل القضيب بعد دهنها بالزيت انخروا و بعد التحقق من الوصول الى الجزء البروستاتي يدفع السائل تدريجيا وتثبت الحاقنة الى الخارج ويمسك المريض بالحشفة لمنع خروج السائل من المجرى ثم يعمل ذلك خفيف باليد في العجان ولو لاحظنا النقط الآتية بالدقة نرى أن هذه العملية في غاية من السهولة .



(شكل ٨) حاقنة التقطير ذات القسطرة المرنة

- (١) التأكد من عدم وجود ضيق .
 - (٢) التأكد من أن الحافنة صالحة تماما للاستعمال .
 - (٣) التأكد من أن القسطرة فى الجزء البروستاتى قبل دفع السائل .
 - (٤) عدم استعمال أى قوة وقت العمل .
 - (٥) لا ضرورة مطلقا لاستعمال أى محلول مخدر لإضعاف الألم الذى ربما ينتج عن محلول نترات الفضة .
 - (٦) يستعمل مقدار قليل جدا من زيت الخروع لإدخال القسطرة .
- وبعد انتهاء دور التقطير يفحص إفراز البروستاتة فإذا لم يوجد أثر للصديد يحسن إيقاف العلاج لمدة للراحة ثم يكرر الفحص كما سيشرح بعد .
- يفحص مجرى البول بالمنظار الكهربي للتحقق من عدم وجود أى ضرر للغشاء المخاطى يكون ناشئا عن العلاج ويحسن إدخال قسطرة غليظة بعد ذلك للتأكد من عدم حصول أى ضيق .
- المرحلة الأخيرة — الفحص للزواج — سنشرح ذلك فى الفصل الخامس وبعد أن يصير المريض حرا من جهة اختلاطه بغيره .

نصيحة الوداع للمريض

لا يبالى المريض اذا وجد بعض بلولة (ترشيح) فى الصماخ البولى بعد العلاج من وقت لآخر، وليفهم المريض أن ذلك ناشئ من استعمال

محاولات مختلفة للعلاج فالامتناع عن المشروبات والراحة التامة للعضو يساعدان كثيرا على رجوع الحالة الى الطبيعة بعد شهرين .

(ملاحظات) عن أهمية غسل القسم الخلفي لقناة مجرى البول وتدليك البروستاتة — قد تقابل أحيانا كثرة الثمّن على عمل ذلك البروستاتة بخبرة ودقة بالسخرية مع أنه على دقة ذلك وخفته تتركز أهم نقطة في العلاج مع التحقق في مبدأ الأمر من صحة التشخيص وأن يعتاد الأصبع شكل البروستاتة الطبيعية وأحجامها وحجمها وبطبيعة الحال لا يمكن تشخيص ما هو غير طبيعي إلا بعد معرفة الطبيعي بنفسه ولا يفوت الطالب أى فرصة لتكرار امتحان البروستاتة والحوصلة المنوية حتى في حالة عدم الاشتباه بوجود مرض فيهما فقد توجد البروستاتة في حالة طبيعية مع أن حجمها غير طبيعي وكذا في الحوصلة المنوية .

ومن المهم جدا أن نحصل على إفراز بروتاتى لفحصه مع العلم بأنه يوجد بعض أحوال لا يمكن فيها استخراج أى إفراز من البروستاتة ولو بعد جهد كبير وتحمل الغلظة على عمل الطبيب نفسه لا على البروستاتة وقد أوضحنا طريقة عمل ذلك ونؤكد هنا أن تحريك الأصبع من أعلى الى أسفل في الخط النصفى ومن الأمام الى الخلف بحركة واحدة مع قليل من الضغط يكون كافيا لإخراج العصير، وبحبس الصماخ البولى وعمل تدليك خفيف على خط المجرى من الخارج يتساقط السائل بعد فتح الصماخ على لوح من الزجاج وقد يحصل أحيانا أن يرتد العصير البروستاتى الى المثانة فيحسن عادة ملء المثانة بماء مقطر معقم ثم إخراجه وفحصه .

إلتهاب البرنج

يحصل التهاب البرنج فى الأسبوع الثالث أو الرابع من تاريخ الإصابة وهو بلا شك نتيجة امتداد العدوى للجزء الخلفى للمجرى .

(أ) من المحتمل جدا أن ٦٠ ٪ من أحوال التهاب البرنج مسببة عن ميكروب السيلان .

(ب) إن أحوال التهاب البرنج تحصل بنسبة ١٥ ٪ من أحوال السيلان . ومن المؤكد أن العلاج المنتظم يقلل من هذه النسبة ويحصل امتداد العدوى بواسطة القناة الناقلة للمنى أو الأوعية اللمفاوية المغذية لها وفى أحوال نادرة جدا بواسطة الأوعية الدموية — وتحدث عادة كنتيجة لغلظة الطيب أو المريض بإهمال النصائح الطبية وعمل حركات قوية غير مرغوب فيها (كركوب الدراجات والوقوف أو المشى لدرجة متعبة والوثب الخ) أو استعمال قوة وقت الغسل أو محلول بنسبة شديدة أو انتصاب لألوزم له كل ذلك يساعد على حصول التهاب البرنج وكذلك أيضا عمل ذلك بروتاتى بدون ضرورة أو إدخال مجسات بالمجرى قبل الوقت المناسب يسبب كثيرا حصول هذه المضاعفة .

العوارض والعلاجات

تبدأ عادة بألم شديد متقطع فى الجهة الأروبية وهذا قد يحدث أيضا فى التهاب البروستاتة وهو ينذر الطبيب بأن يأمر المريض بالراحة

الثامة واستعمال المكمدات والكيس الرافع على الحصية للتفادي من حصول هذه المضاعفة .

ولكن يحصل التهاب البرنج أحيانا دون أى انذار فيتورم البرنج بغتة ويصير مؤلما عند اللمس كما أن الصنفن يحمر ويلتهب ويحدث قيلة مائية وينقطع الإفراز من المجرى ولكن من النادر جدا أن يتكون صديد فى البرنج .

الباتولوجيا

تحصل عوارض الزكام بالبرنج والقناة الناقلة للبنى مع أوزيما وترشيح داخل أنسجته .

البرنج — قد يلهب بأجمعه أو يبتدىء بالتهاب الجزء الصغير منه ثم ينتقل بدرجة أخف الى الجزأين الآخرين فيكبر حجم البرنج ويغضى الحصية فيلزمنا الحذر فى التشخيص خوفا من احتمال وجود التهاب فى الحصية نفسها مع ملاحظة تورم خفيف فى الأوعية والأعصاب والأنسجة بجوار البرنج مع الألم الشديد .

القيلة المائية — يحصل قيلة مائية حادة فتزيد ورم الصنفن وتضغط على الحصية ويكون من السهل جدا معرفة أن هذا الالتهاب ناشئ عن التهاب البرنج .

(ج) القناة الناقلة للبنى — إن طول هذه القناة هو نحو من ٤٥ سنتيمترا بجرى ضيق وحيطان كثيفة ويصاب دائما جزء منها فى أحوال

التهاب البرنج فحينما يحصل الترشيح في حيطانها الكثيفة يحدث ألم شديد كما أن ضيق المجرى يساعد كثيرا على الانسداد الكلى فينتج العقم .

التشخيص

إذا كان المريض مصابا بالسيلان وأصيب بالتهاب في البرنج فمن المؤكد أن هذا الالتهاب هو سيلانى في الأصل وفي أغلب الأحوال يكون مصحوبا بألم شديد ولكن لا يفوتنا أن هذا الألم يكون معدوما أحيانا ويبتدىء التهاب البرنج تدريجيا ولا يشعر المريض إلا بالورم ، وحقيقة قد يحصل التهاب البرنج الدرني عقب الإصابة بالسيلان وقد ذهب البعض الى الظن بأن السيلان يساعد كثيرا على الإصابة بالدرن في هذا العضو وأهم نقط التشخيص في الأحوال الدرنية هي - التدرج مع البطء في ظهور الالتهاب وعدم وجود أى ألم .

التدرج غير المنتظم في الجزء الكبير من البرنج ،
التدرج في القناة الناقلة للمنى مع تدرج في الحويصلة المنوية
ويكون نادرا في البروستاتة

إن عدم زوال الورم بسرعة مع العلاج لا يدل مطلقا على أن التهاب البرنج ليس بسيلانى بل بالعكس قد يستمر الورم زمنا غير يسير فإذا وجدت أى شبهة في التشخيص يحسن أخذ رأى الجراح أما في حالة إصابة الخصية بالدرن فمن المؤكد أن الجزء الداخلى في الحوض من قناة

نقل المني مصاب أيضا بالدرن ، وصحيح أيضا أن التهاب البرنج الدرني قد يحصل قبل وجود أي التهاب في الخصية أو في قناة نقل المني وعلى العموم أخذ رأي الجراح أمر ضروري في كل الأحوال الموجبة للريسة في التشخيص لاستعمال العلاج اللازم في الوقت المناسب .

التهاب البرنج نتيجة عدوى الباشيلوس كولون النخ

قد عرف حديثا أن الباشيلوس كولون قد يحدث التهابا في البرنج في الأشخاص الضعيفي البنية والمنهوكي القوى النخ وفحص الإفراز بالمجهر يثبت أصل العدوى ولكن قد يحدث التهاب البرنج نتيجة عدوى الباشيلوس كولون أثناء وجود التهاب سيلاني مجرى وبناء على ذلك يهمننا أن نذكر دائما أنه قد يمكن حدوث التهاب البرنج ناتجا عن الباشيلوس كولون مع وجود سيلان مجرى ويحدث عادة أن ينتد الالتهاب الى الخصية ويتكوّن خراج في أحوال الباشيلوس كولون ويندر جدا حصولها في الالتهاب السيلاني وقد نطلب مساعدة الجراح في وضع تشخيص صحيح للحالة .

علاج التهاب البرنج الحاد

إن الألم يلزم المريض بالتزام الفراش فيحسن استعمال حقنة شرجية لتنظيف الأمعاء الغلاظ ولا داعي لاعطاء مسهل شديد ، وينصح المريض باستعمال الحمام الساخن النصفى ثلاث مرات في اليوم مع الاستمرار على عمل مكدمات ساخنة موضعية من الماء الساخن أو المضاف اليه محلول تحت مخالات الرصاص أو قليل من المورفين أو الملع الانجائزي ، وبعضهم

يستحسن استعمال الزجاجات الملاءى بالماء الساخن ويستحسن أيضا استعمال دهان (البسخ) من الأنتى فلو جستن وعلى أى حال لا بد من رفع الصفن على وسادة لتريح الحبل المنوى . إن استعمال الثلج بدلا من الكمادات الساخنة مسألة فيها نظر ويحسن عدم استعماله ، وينصح بعضهم باستعمال غسل مجرى للجزء الأمامى فقط ولكن الخوف من مضاعفات جديدة يوجب علينا الحذر ونحسن الحالة فى أثناء اليومين الأولين ، ومع وجود علاج آخر كوضع إبرة داخل البرنج ولو أنه يفيد حقيقة غير أن إمكان حصول العقم يجعلنا نفكر كثيرا قبل الاقدام على ذلك وبما أنه صار فى الامكان مداواة الحالة بدون أى عملية فيحسن اتباع الطريقة المتقدمة عوضا عن طريقة ادخال الابرة أو غيرها ويحسن بالمريض أن يلازم الفراش مدة أربعة عشر يوما على الأقل حتى تنتهى الحالة الحادة وبطبيعة الحال يلبس المريض كيسا رافعا للصفن طول المدة الباقية للعلاج (ويلزم انتخاب هذا الكيس بأن يكون فى حجم الصفن ، وأن يضغط عليه ضغطا خفيفا ، وألا يحدث أى ضغط للقناة الحاملة للمنى وقد ينصح باستعمال كيس جوليان الذى يكون محشوا بالنقطن لعمل الضغط الكافى ويستعمل عادة فى الأشخاص المحترفين بصناعة تستوجب الوقوف أو التنقل) .

وقد يبقى الجزء الصغير من البرنج متورما تورما خفيفا بدرجة محسوسة بعد انتهاء الالتهاب ويبقى ذلك أمد الحياة وغنى عن البيان أن الطبيب لا بد أن يبذل كل جهده فى مداواة هذه الإصابة لأن غلطة بسيطة قد تسبب

العم وقد يحتاج الى مهارة وخبرة عظيمة في الوقت المناسب للرجوع في ابتداء علاج المجرى بعد انتهاء علاج التهاب البرنج فعدم وجود أى ألم وصلاية بالبرنج وبمضى الوقت المناسب كل هذه اعتبارات يجب وزنها وعدم وجود الألم عند انضغاط على البرنج ليس بكاف وحده لا ابتداء العلاج وعلى العموم يلزمنا ابتداء العلاج بحذق ومهارة وبالتدريج فاذا حصل أى ألم أو أى عارض آخر يلزمنا إيقاف العلاج حتى يزول كل شيء خوفا من النكسة .

التهاب الحويصلة المنوية الحاد وتحت الحاد

ان تشخيص مرض التهاب الحويصلة المنوية يحتاج الى حذق ودقة كما أن علاجها يحتاج الى مثل ذلك - لا شك أن على الطبيب المعالج لالتهاب الجزء الخلفى للمجرى المصحوب بالتهاب البروستاتة والحويصلة المنوية مسئولية عظيمة - فليس هو مسئول عن صحة المريض فقط بل عن مستقبله وحالته المعاشية الدنيوية وحالة أقرب الناس اليه فأغلب مصائب أمراض النساء يحدث من جهل الطبيب لتشخيص المرض أو العلاج غير الكافى لحصول الشفاء - فنحن نعلم نسبة وجود التهاب البوق المصديدى عند النساء وما ينشأ عنه ولا نعلم نسبة عدد المرضى بالحويصلة المنوية المتروكين بنصف علاج أو الذين لم تشخص أمراضهم ونتج عن ذلك ثقل العدوى . ويلزمنا أن نذكر دائما أن مداواتنا لمريض من التهاب الحويصلة هو فى الواقع ونفس الأمر انقاذ المريض بالتهاب فى البوق .

التهاب الحويصلة المنوية

يحصل التهاب الحويصلة فى أحوال التهاب الجزء الخلفى لقناة مجرى البول ويكون دائما مصحوبا بالتهاب فى البروستاتة — فقد يحصل فى الأسبوع الثالث من الإصابة ولكن فى أغلب الأحوال لا يعرف عنه شىء إلا بعد مضى الأسابيع أو الأشهر بل والسنين وذلك نتيجة عدم إجراء فحص البروستاتة والحويصلة لكل مريض . وقد ذكر أن التهاب الحويصلة يحصل بنسبة ٧٪ من أحوال السيالان ولكنى أتوقع نسبة أكبر من ١٥٪ الى ٢٠٪

العوارض والعلامات

إن معظم العوارض والعلامات مشتركة مع التهاب البروستاتة كما أوضحنا ولكن بالانتصاب المؤلم والانزال للبنى المتكرر أو المصحوب بدم — أو ببعض الانتصاب ، وفى حالة انسداد فتحة القناة الدافعة للبنى يحصل ألم شديد وقت الدفع .

التشخيص

إن انقطاع الافراز المصحوب بالبول الرائق لا يمنعنا مطلقا من فحص الحويصلة جيدا للتأكد من عدم إصابتها ، وإلا لم نأمن أن يوجد روماتزم مفصلى سيالانى على حين بغتة ، فإن فى أحوال الروماتزم كثيرا ما نجد التهاب الحويصلة ، وذلك لأنه ربما حدث انسداد لفتحة القناة الدافعة للبنى أو لفتحة القناة الناقلة له بجزء من الصديد المتجمد — فتتسع وتتمدّد

الحويصلة لتخزين الصديد بها وأن لم نتقدها في هذه الحالة فربما تحولت إلى أنسجة وأغيت ، ونفهم بعد ذلك أن السبب في وجود البول الرائق مع التهاب الحويصلة هو الانسداد في فتحة القناة الدافعة كما أوضحنا ، وبطبيعة الحال يظهر تعكر بسيط في البول عند عدم وجود الانسداد — يلزم الطبيب معرفة أن البول الرائق وعدم وجود أى إفرازهما من العلامات الأكيدة لوجود التهاب الحويصلة ، فإذا صرفنا المريض بحجة أنه شفى والتهاب الحويصلة موجود فهو عمل إجرامى فاضلا عن أنه جهل فاضع ، والبرهان الوحيد على وجود التهاب في الحويصلة هو جسمها بالأصبع داخل المستقيم فتجد أن ذلك الحويصلة الملتهبة متورمة وفي حجم اللوزة الكبيرة صلبة أو مموجة قليلا بوجود السائل بها ومؤلم جدا عند الضغط عليها ، ولكن التهاب الأنسجة حول الحويصلة ينتج وربما مستحيجا ، وذلك مع العلم بأن موقع الحويصلة بالنسبة للبروستاتة قد يكون متغيرا عما هو موضح بكتب التشريح الدراسية .

غير أنه لا يفتونا أن نذكر أنه أحيانا بالنسبة لوجود ضخامة في البروستاتة قد تغطى الجزء السفلى من الحويصلة أو تلتحق الحويصلة أعلى أجزاء البروستاتة من أحد الجانبين أو بالنسبة لضخامة الحويصلتين قد يكونان وربما ظاهريا ويشبه جسمهما بجسم البروستاتة . وقد ذكرنا ذلك لنلفت الطبيب لما قد يقع تحت ملاحظته من الأحوال وقد يحصل للطبيب أنه يدرك البروستاتة عوضا عن ذلك الحويصلتين وتبقى الحويصلة ملتهبة ومريضة حتى إنها تمر في بعض الأحوال على الطبيب الخاص

بفحص الشخص للزواج بدون أن يعرفها — ومن المحتمل جدا أن تكون محتوية على جوناكوك .

وانى أذكر أنها فى حادثة عولجت مدة طويلة بواسطة أطباء غيرى ثم بواسطتى ولم ألق بها أى ضخامة أو التهاب فى الحويصلة وقد فحصتها مرتين للزواج وفى ثالث مرة وجدت ورما خفيفا ولكنه ليس فى موضع الحويصلة الطبيعى وبعد مجهود كبير بواسطة الدلك وجدت سائلا صديديا فى البول وبتكرار التدليك فى أوقات مختلفة وجدت بعض فضلات من أنسجة الحويصلة فى البول أيضا وقد تحسن المريض بعد ذلك لدرجة الشفاء تقريبا وقد ذكرنا ذلك للطبيب على سبيل الحذر والاحتراس والدقة فى العمل فإن عدم معرفة هذه الحالة يكون بلا شك سببا لشقاء امرأة .

وعندنا أربعة أحوال ترشد الطبيب لضرورة فحص حالة الحويصلة المريضة .

(١) ضخامة صلبة موضعية غير متناسبة .

(٢) حويصلة فى داخل كيس سميك نتيجة التهاب قديم فى الأنسجة حولها .

(٣) الحويصلة الدرنية — وتكون مصحوبة عادة بدرن فى القناة الناقلة للمنى فى جزأها خارج الحوض وفى داخله ويلزم فحص البربخ أيضا فى مثل هذه الأحوال بل ومعرفة وجود سل من عدمه فى بقية الجسم .

(٤) سركوم في البروستاتة فالانتباه لحالة المريض مع الفحص الدقيق يرشدنا الى تشخيص صحيح عادل .

علاج التهاب الحويصلة الحاد وتحت الحاد

إن علاج التهاب الحويصلة يحتاج لمدة تختلف ما بين أربعة أشهر الى ستة في الأحوال الاعتيادية فلا بد من إخبار المريض بهذه الحقيقة قبل البدء في العلاج لئلا يجد نفسه في حالة متحسنة وغير شاعر بشيء بعد مضي ستة أسابيع فينقطع عن العلاج مع وجود المرض كما ننا في الحويصلة ويحسن إنذار بعض المرضى بالعواقب الوخيمة الناشئة عن عدم مداواة هذا المرض وهي الروماتزم المفصلي السيلاني . التهاب البرنج ، العقم ، امتداد المرض لأجزاء أخرى والأهم أن المريض نفسه يكون منبعاً للعدوى لزوجه أو خلياته .

التهاب الحاد - العلاج

يبدأ بالعلاج غير المباشر أولاً ولنكن على حذر من ظهور التهاب في الحديقة أو ظهور روماتزم مفصلي أو التهاب في البرنج في أى لحظة فيؤمر المريض بالازمة فراشه فان لم يخضع لذلك فالأحسن ترك المريض وشأنه ثم يغسل الجزء الأمامي للجري بواسطة الطبيب نفسه لأن أى غلطة أو سوء استعمال تعرض المريض لمضاعفات أخرى ويعمل المريض حمامات ساخنة للنصف السفلي مدة ثلاثة أربع الساعة مرتين في اليوم مع وضع زجاجة مملوءة بالماء الساخن على العجان باستمرار في باقى

الأوقات ويعمل حقنة شرجية من الماء الفاتر والصابون لتنظيف المستقيم أما استعمال الماء الساخن فقد يحدث ألماً فى المستقيم وقد يحسن فى أحوال وجود الألم الشديد إعطاء قمع من المورفين ١٥.٠ ر. وخلاصة البلادونا ١٥.٠ ر. عند النوم وقد ذكرنا أنه من الخطأ غسل الجزء الخلفى أو عمل أى ذلك وتستثنى من ذلك الأحوال المصحوبة بروماتزم مفصلية حيث يجب عمل الغسل مع ذلك فإن الخوف من خطر الروماتزم أعظم من الخوف من حصول التهاب فى البرنج .

الالتهاب تحت الحاد — العلاج

حينما تدخل الحالة فى الدور تحت الحاد يحسن عمل غسل للجزء الخلفى للمجرى بمحلول برمنجانات البوتاسيوم بنسبة $\frac{1}{3}$ بدقة ثم بعد ثلاثة أو أربعة أيام يبدأ بعمل ذلك من المستقيم مرة كل يومين لمدة عشرة أيام .

الالتهاب المزمن — العلاج

وبعد مضى هذه المدة تصبح الحالة مزمنة فيغسل المجرى بجزأيه مرتين يومياً بمحلول أوكسى سيانور الزئبق أو محلول برمنجانات البوتاسيوم مع التدليك مرتين فى الأسبوع — وقد يحسن إدخال مجسات داخل المجرى بنسب مختلفة ويبقى لمدة ثلاث دقائق وذلك بعد ملء المثانة بمحلول الغسل ثم يعمل ذلك والمثانة ممتلئة وبالطبع يلزمنا التحقق من أن ذلك يعمل للحويصلة نفسها ويحسن تحريك الحبس قليلاً من وقت لآخر لإخراج أى إفراز يكون معلقاً على فتحة القناة الدافعة للمنى أو فى أى

محل آخر وقد تمضى الأسابيع دون الحصول على تحسين بين في الحالة وقد يتفقد صبر الطبيب حينما يجد أن الورم المتحجر لم يتغير بعد مضى الزمن والاستمرار على العلاج وربما ينصح للمريض بمقابلة الجراح لاتخاذ علاج جراحى ولكن يلزمه ألا يدع لليأس محلا عنده فسيأتى اليوم الذى يجد فيه عمله متوجا بالنجاح حتماً ويقترن ذلك بإخراج نقطة صديدية صفراء ذات شكل خاص وهى آخر مرحلة للمرض ويكثر بعد ذلك الإفراز وبه كثير من اسطوانات الحويصلة وهذه تعسّد بشرى وعلامة أكيدة من علامات النجاح ويعقب ذلك نقص فى كمية الصديد ثم توارى نقطة الصباح ويحصل المريض على الشفاء ولا بد من القول بأن عمل ذلك لا بد أن يكون فى جهة خاصة وهى جهة اتجاه القنويات الى القناة الدافعة فى الجزء البروستاتى للمجرى وحينما يتعطل سير العلاج وطريق الشفاء يحسن أن يعمل ثلاث حقن من مصل الحصان تحت الجلد كل ثلاثة أيام واحدة ويصحب ذلك إعطاء المريض من الداخل لبنت الجير بمقدار ٣٠ ر. جراما مرة واحدة مع كل حقنة لتمنع ما قد يظهره المصل من الطفح ويلزمنا التأكيد من أنه لا يكون المريض قد حقن بمصل الدفتريا من مدة وجيزة قبل حقن مصل الحصان والا يحسن فى هذه الحالة عدم إعطائه .

التهاب الحويصلة والفماكسين

قد اعتاد أطباء الأمراض الباطنة استعمال حقن فاماكسين للأعراض لدرجة أساسية للعلاج فيمكن أن يقل هنا : إن العدوى صارت الى أطباء

السيلان خصوصا فى التهاب الحويصلة ولكن من البديهي أن استمرار التهاب الحويصلة الناشئ من انسداد فتحة القناة الدافعة للنفى لا يأتى بنتيجة مطلقا ولكن أصبح الطبيب هو الذى عليه المعول ونعترف هنا بأن استعمال الفاكسين فى العلاج لا تزال تجاربه فى البداية ولكن من المؤكد أنه يوجد بعض أحوال تستحق تجربة إعطاء الفاكسين فيها فمثلا يستعمل فى التهاب الحويصلة عند التحقق من عدم وجود انسداد فى فتحة القناة الدافعة للنفى ويستعمل أيضا بدقة كعلاج أساسى فى الروماتزم المفصلى السيلانى مع غسيل الجزء الخلفى للجري وتديك الحويصلة ويجب أن نشير هنا الى أنه توجد أنواع كثيرة من الفاكسين منها الحالية من مادة تسم ولكن أرى أنه لا يمكننا تفضيل نوع على آخر فى هذا الوقت .

عمليات التهاب الحويصلة

نجد أنها فى بعض الأحوال بصرف النظر عن استعمال العناية التامة فى العلاج لا تتحسن مطلقا ففى مثل هذه الأحوال يجب أخذ رأى الجراح وقد عمات عمليات كثيرة منها شق القناة الناقلة للنفى من الصفن وإدخال القطرة فى فتحة القناة الدافعة أو شق الحويصلة المنوية نفسها أو استئصالها .

ملاحظة

(استعمال غسل القسم الخلفى للجري فى أحوال التهاب القسم الأمامى للجري فقط) .

أريد أن أذكر الأسباب التي يذكرها بعضهم محبذا فكرة غسل القسم الخلفى لقناة مجرى البول في أحوال التهاب القسم الأمامى فقط قد يعترض بأنه في أحوال إدخال السائل الى المثانة بعد غسل القسم الأمامى جيدا ربما يحصل عدوى سيلائية للقسم الخلفى كالأمامى أيضا ومن المحتمل جدًا أن يحصل التهاب في البرنج فنذكر أن في أحوال كثيرة قد تمتد العدوى من نفسها من القسم الخلفى بدون عمل الغسل ولا يمكننا مطلقا معرفة اللحظة التي انتقلت فيها العدوى للقسم الخلفى وقد استحسن الأطباء فكرة منع انتشار العدوى للقسم الخلفى بواسطة غسله وبناء على ذلك يرى بعضهم أنه حيث من الممكن انتشار العدوى الى القسم الخلفى في أى لحظة وأن الغسل هو الشيء الوحيد المانع لذلك فينتحتم علينا غسل المجرى بأجمعه بادئ بدء .

إن القصد من الغسل هو انخراج الافرازات وعصير الغدد الملتصبة الى الخارج ومن البديهي أنه في حالة استعمال غسل القسم الأمامى للمجرى تكون المجرى متفخخة بالسائل وتنكش عند خروجه ونرى أن تأثير الغسل لإخراج الافرازات على هذه الطريقة قليل النفع وفي حالة السماح للسائل بالدخول في المثانة ومائها يخرج السائل بقوة عظيمة من المجرى دافعا معه كل ما يحتمل وجوده من هذه الافرازات فالسائل المدفوع بتيار قوى كاف في أغلب الأحوال لطرد كل إفراز في طريقه .

أما من جهة نقل العدوى للبرنج بواسطة غسل القسم الخلفى للقناة فأمر مشكوك فيه جدا ولا يمكن إقامة البرهان عليه ومع الاعتراف بأن عمل

الغسل السيء قد يحدث التهابا فى البرنج نظرا لاستعمال ضغط عال ولكن لا يمكن التسليم بأن كل غسل يحدث التهابا فى البرنج خصوصا اذا غسلنا بدقة واعتقد شخصا أن أحسن طريقة وأقواها لغسل القسم الأمامى لقناة مجرى البول هو دفع السائل من المثانة الى الخارج فيحسن والحالة هذه أن يسمح للسائل بالدخول للمثانة بلطف ودقة بعد غسل القسم الأمامى جيدا ويستعمل لذلك حقنة الحائط المرتفعة عن المريض بمترين الى ثلاثة أمتار .

الفصل الرابع

السيلان الدورى — الروماتزم المفصلى السيلانى

ملاحظات عامة

إن مضاعفات السيلان الدورية أشد وطأة على المريض وأكبر خطرا على حياته من مضاعفاته الأخرى فالروماتزم المفصلى السيلانى يهاجم المفصل والجزء العظمى المجاور له والأربطة والعضلات والأنسجة حوله وكذا الأعصاب والغلاف حول القلب والغشاء المبطن للقلب والغشاء السحائى ويلزمنا التصريح هنا بأنه من الممكن فى بعض الأحوال تفادى حصول الروماتزم المفصلى الدورى فانه يصحح غالبا بالتهاب الحويصلة وانسداد فى القناة الناقلة للبنى وهذا الأخير هو الذى يسبب العدوى الدورية فلو اعتنى الطبيب وفحص الحويصلة فى كل إصابة بالسيلان فانه يوفر على المريض هذه المضاعفات بإجراء العلاج لها فى الوقت المناسب ويستحسن أن كل مريض يشتكى بمرض الروماتزم أو مجرد ألم فى المفاصل يسأل عما اذا كان أصيب بمرض السيلان أم لا ويجب فحص الحويصلة .

باتولوجيا الروماتزم السيلانى

إذا وجدنا الجونوكوك فى المفصل المتهب لا يحتم هذا علينا الاعتقاد بأن يكون ذلك آتيا من الحويصلة أو البروستاتة فى كل حالة فمن المحتمل

أن ما ينقل منهما هو تسحم جونوكوكى وليس ببعيد أيضا أن تكون أسباب الروماتزم هو باشيلوس كولون الذى انتقل الى البروستاته ومن هنا انتقل للمفاصل مسببا التهاب المفصل .

إن نسبة أحوال الروماتزم المفصل السيلانى هى اثنان فى المائة من أحوال السيلان ويكون أكثر وجودا فى الركبة ورسغ القدم ورسغ اليد والمفصل الساعدى العضدى ثم غيره من المفاصل على نحو ما ذكر من الترتيب كما أنه قد يحدث فى عدة مفاصل دفعة واحدة ويقسم الالتهاب الى حاد وفوق الحاد وتحت الحاد ومزمن .

الحالة

تبدأ عوارض هذا المرض بحمى مصحوبة بالام روماتزمية وقد يوجد احمرار خفيف فى الجلد فوق المفصل ويعقب ذلك وربما فى المفصل مع ألم عند الضغط عليه وأن الورم ناشئ عن وجود سائل فى المفصل وقد يكثر السائل لدرجة أن يمنع حركة المفصل ، وبالنسبة لوجود الألم نجد المفصل فى الموضع الذى يسمح باتساع تجويف الغشاء المبطن للمفصل . وقد تختلف درجة الألم ولكن فى أغلب الأحوال تكون شديدة ، وتستمر الحالة الحادة مدة عشرة أيام تقريبا ثم تنتهى بأحد أمور ثلاثة :

(١) امتصاص تام والرجوع للحالة الطبيعية .

(٢) ثبوت وعدم حركة فى المفصل .

(٣) التحول الى حالة مزمنة ، وذلك بأن ينصرف الورم والألم وقتاً ما ثم ينكس ويعود الورم والألم ثانية وذلك يتبع الحالة التى يكون عليها المركز الأصيل للعدوى وعلى الراجح يكون فى الحويصلة فان لم تقابل هذه الأحوال بعلاج شديد من البداية فقد تنتهى بحالة مفصل ثابت أو شبه ثابت أى معطل عن إتيان بعض الحركات .

الالتهاب فوق الحاد

فى هذا النوع توجد كل العوارض السابقة وتكون أشد وطأة ، والأهم فى الموضوع أن يتكون الصديد فى المفصل وقد يصير دورياً عمومياً ويكون المستقبل مظلماً ولو أن العلاج شديد وينتهى غالباً بتلف عظيم فى المفصل ووقوف فى حركته .

الالتهاب المزمن وغير المزمن

الغشاء المبطن للمفصل ، فى هذه الحالة يكون المرض بطيئاً وبعوارض أقل فى الشدة من الحالة الحادة ، ويكون التهاب الغشاء المفصلى مصحوباً بمسائل غزيرة تختلف كميته من وقت لآخر وليس من الضرورى أن يكون مؤلماً ، ويحدث عادة فى مفصل الركبة ويملاً المسائل التجويف المفصلى بأجمعه ممتداً فيما تحت العضل من القسم العلوى ، وبطبيعة الحال نجد الرضفة بعيدة عن عظمى الفخذ والقصبية ، ويمكن عادة مدة شهرين أو ثلاثة ويقاوم العلاج بشدة ، والفرق بين تشخيصه وتشخيص الروماتزم

الحاد أن هذا الأخير لا يملك طويلا فى مفصل واحد ولكنه سريع التنقل الى مفاصل أخرى .

النوع الدرئى . يكون هجوم هذا النوع ببطء أيضا كسالفه ، فيتهب الغشاء المبطن للمفصل ويصحب بسائل ولكنه شحمى عند الجس ، والألم لا يكون ذا بال ولكنه يحدث تلقا فى المفصل وما جاوره مما هو حول المفصل .

النوع العظمى . يهاجم هذا النوع عادة المفاصل الصغيرة كسلاميات القدم واليد وقد يهاجم أيضا المفاصل الكبيرة أحيانا فيعطى المفصل شكلا خاصا بأن يكون متورما عند المفصل ومنسجما تدريجيا من الجهتين ، وتوجد الفرقرة والاصطكاك وهما علامتا الالتهاب العظمى فى المفصل المذكور . وقد يتأكل غضروف المفصل ويصحب ذلك تكاثف عظمى وضمور فى العضلات المجاورة ، وتنتهى الحالة بثبوت المفصل أو الاعاقة فى حركاته .

النوع المفصلى الألى . يشعر المريض عادة بالألم فى مفصل واحد أو مفاصل متعددة دون حدوث عوارض أخرى ويحدث هذا النوع فى أغلب الأحوال السيلانية المزمنة المهيمنة أو التى تعالج علاجاً سيئاً .

العلاج العام

غنى عن البيان أن كل أحوال الروماتزم السيلانى المفصلى يجب أن تلزم الفراش وتنبع نظام الحمية فى الغذاء كما أنه ضرورى جداً الالتفات الى

حاله الجهاز الهضمي والأعضاء لأنه من المحتمل أن تضاعف حالة الروماتزم بميكروبات أخرى مهاجرة من الأمعاء . والشئ الأساسي هو استكشاف المنشأ الأصلي للعدوى وعادة يكون ذلك في إحدى الحويصلتين فيلزم فحصهما بادئ بدء وفحص السائل منهما بالمجهر ، وقد توجد إحدى الحويصلتين أو كليهما متورمة ومؤلمة عند الضغط وجامدة أو متموجة ، وبالضغط على الورم نحصل على سائل الحويصلة الملتصبة وهو إما صديدي أصفر ، أو سائل حويصلي محبب ، أو سائل منظره طبيعي ولكن عند فحصه بالمجهر نجد صديدا كثيرا ، وقد نجد الحويصلة في حجمها الطبيعي ولكن من الضروري جدًا حتى في مثل هذه الحالة فحص السائل بمجهر .

علاج الأحوال الحادة وفوق الحادة

إذا كانت الحرارة مرتفعة جدًا فيحصر العلاج الموضعي في غسل الجزء الأمامي لجري البول فقط مع ضغط بسيط على المفاصل بالأربطة ويسمح بعمل بعض حركات سابية قليلة للمفصل أثناء النهار وحين تقل درجة الحرارة وتتحسن حالة المريض ولم تكن الحويصلة مؤلمة والأنسجة التي حولها ملتهبة يمكننا الشروع في غسل الجري بقسميه بمحلول برمنجانات البوتاسيوم بنسبة $\frac{1}{2}$ وعمل ذلك المعتاد للبروستاتة والحويصلة وإذا استمر المفصل متورما ومؤلمًا بعد علاج أسبوعين أو ثلاثة فيمكن عمل البزل واستخراج قليل من السائل ثم حقن سبعة جرامات من محلول الفورمالين في الجلسرين بنسبة ٢٪ وأما في حالة تكوين صديد فيعمل الشق والدرنجة والغسل بمحلول ملحى بواسطة الجراح المختص .

وعند ما تهبط حالة التهاب المراكز الأصلى للعدوى وتحسن حالة
المجرى نبدأ باستعمال إدخال المجسات ، وذلك بأن يغسل المجرى بتسميته
بمحلول اكسى سيانور الزئبقى بنسبة ١:١٠ ويدخل مجس بأكبر حجم يمكن
إدخاله وتركه مدة لا تقل عن الدقيقتين مرة فى كل خمسة أيام ، وبعد
إخراج المجس يعمل ذلك للحويصلة والبروستاتة ثم يفحص السائل
نظريا وقد تمت هذه العملية عدة أسابيع خصوصا عند وجود انسداد
فى فتحة القناة الدافعة لئى ولكن من المؤكد أنه باستعمال هذه الطريقة
مع ذلك خفيف على المجرى وتحريك المجس بحركات خفيفة أيضا يزول
الصدید المسبب لانسداد المجرى نعم يوجد بعض أحوال بها يستمر الانسداد
فيحسن أن تعمل فى هذه الحالة الطرق الجراحية المتقدم ذكرها .

ثم إنه لا يمكننا إدخال أى مجس فى المجرى قبل مضي خمسة أسابيع
على الأقل ولو كان البول رائقا فان إدخال المجسات فى هذا الوقت
قد يسبب التهابا فى فتحة القناة الدافعة لئى وأن وجود التهاب شديد
بالحويصلة يمنعنا أيضا من استعمال المجسات .

ولكن فى حالة وجود كيس صديدى بالحويصلة يمكن عمل ضغط
خفيف بالأصبع عليه ليطرد الصديد جهة المجرى وفى هذه العملية المجازفة
بانتقال العدوى الى البرنج كما شرحنا فاذا نجحنا فى طرد الصديد بهذه
الطريقة يحصل حالا تحسن بين فى الروماتزم الدورى وفى الحويصلة
ثم فى المجرى ويلزمنا هنا التشديد فى عدم استعمال أى ضغط شديد لطرد

السائل ان لم تنجح بطريقة ذلك ، واذا ظهر انزال منوى مخلوط بدم كان دليلا على تحسن الحالة وقرب الشفاء .

علاج الأحوال المزمنة

يحسن في هذه الأحوال عمل غسل للمجرى بقسميه وذلك البروستاتة والحويصلة مرة في اليوم — ويدخل بحس مرة كل أربعة أيام ويعمل ذلك بعد إخراج الحس .

لا يزال استعمال الفاكسين رهن التجارب ومن المؤكد أنه يعطينا نتائج يرتاح اليها الطبيب في بعض الأحوال ومن الواضح أنه اذا كان السبب هو انسداد في القناة الدافعة للمني فلا يفيد استعمال الفاكسين شيئا ولكن عند وجود ضعف عمومي للمريض وبعد عمل الغسل والدلك كما وصفنا ولم تتحسن الحالة يمكننا إذ ذاك استعمال الفاكسين ومن الجائز استعمال حقن مصل الحصان مرة كل ثلاثة أيام وحقنة مصل الاستربتوكوكس ومصل الأنتي مينا نجوكوكس بمقدار عشرين سنتيمترا مكعبا مرة كل خمسة أيام واذا ظهر طفح نتيجة الفاكسين يحسن إعطاء لبنات الخير من الداخل بمقدار جرام الى جرامين في اليوم .

وقد نصح بعضهم باستعمال حقن المنعجانير والانتراامين بفئات بنتائج لا بأس بها وفي حالة عدم موافقة المريض بتحريك المفصل من وقت لآخر يحسن عمل ذلك مرة كل ثلاثة أيام تحت مخدر عمومي ولو تصادف

وجود بعض اتصالات فى الأربطة المفصالية يحسن ازالتها بالقوة ووضع المفصل فى مركزه الطبيعى على جبيرة مدة يوم أو يومين .

الروماتزم المفصلى السيلانى والقدم المفرطح

إن الروماتزم المفصلى السيلانى قد تمتد عدواه الى العضلات والأنسجة والأربطة المجاورة للمفصل فالقدم المفرطح مثل واضح لهذا الامتداد الذى يحدث ألما شديدا فيها وقد تصل الحالة بالمريض الى عدم القدرة على المشى فيصبح المريض بعمل تمارينات رياضية خاصة لتقوية العضلات كالوقوف على أنامل أصابع الرجلين مرات كثيرة وركوب (الدراجات) .

داخل الحذاء

يوضع حديد خاص لرفع أنحوص القدم ويتجنب ركوب الخيل واستعمال القبعاب المزلق .

وعلى العموم يستحيل رجوع القدم الى أصلها تماما ولكن إزالة العوارض ممكنة اذا استعمل المريض ما يوصيه به الطبيب بدقة ولمدة طويلة .

التهاب السحاق العظمى السيلانى

قد يمتد الالتهاب من المفصل الى السحاق العظمى للعظام فيحدث التهابا به تظهر له عوارض كالورم والألم عند الضغط ويكون واضحا تماما بكشف الأشعة ، وتشفى باستعمال العلاج البسيط ولا تحتاج الى عمليات جراحية ، ويوجد نوع يحدث التهابا فى عظمة الكعب فيحدث ألما بها وبالعضلات المجاورة ويعرف بالكعب السيلانى .

الفصل الخامس

تشخيص وعلاج السيالان المزمن

مقدمة

تعريف السيالان المزمن

تدخل الحالة الحادة في دور تحت الحادة ثم في دور الأزمات بعد مضي نحو من ثمانية أسابيع من تاريخ الإصابة إذا كان الالتهاب مقتصرًا على القسم الأمامي للمجرى أما إذا كان ممتدًا للقسم الخلفي مع إصابة البروستاتة فتدخل في الأزمات بعد مضي آثني عشر أسبوعًا من تاريخ الإصابة فمريض السيالان المزمن يشكو :

- (أ) وجود نقطة من الصديد في الصباح كل صباح .
- (ب) يشكو من السيالان المزمن والمقصود بذلك وجود إفراز متقطع لزج ذي عتامة أو شفاف يفرز من وقت لآخر من المجرى .
- (ج) يشعر بوجود بلولة (ترشيع) في المجرى أثناء النهار .
- (د) إفراز لزج ذي عتامة يخرج من المجرى بعد التبرز .
- (هـ) يشعر بألم متقطع في العجان .
- (و) إندوار مع ألم وقت التبول .

(ز) آلام روماتزمية غير مقيدة لجزء واحد من الجسم لم يتعقدها من قبل إصابته بالسيالان ودفع المني في مسافة وجيزة مع حدوث ألم وقت الدفع — وشبه ارتجاج أو ارتجاء ثم فالمرضى الذى نحن بصددده يقرر أنه أصيب بالسيالان من مائة سنة أو أكثر وقد عولج وقتا طويلا بالغسل أو استعمال حقنا صغيرة للغسل أيضا مع عمل ذلك في بعض الأحيان ولكن من المحتمل أنه لم يفحص بمنظار المجرى السكرى بالى كما أنه لم يفحص أيضا إفراز البروستاتة أو الحويصلة بالمجهر وبخضوعه للعلاج السالف الذكر مع امتناعه الشديد عن اتيان الجماع أو أخذ مشروبات روحية تمشي الى حد أن الافراز أصبح تقطعة واحدة أثناء النهار أو في الصباح وقد يكون البول رائعا وبه بعض خيوط مختلفة وربما أخبره معالجوه بأنه شفى ولكنه وجد بعد مدة يسيرة عودة الافراز البسيط ثانيا فذهب لطبيب آخر وعالج عنده مدة من الزمن والآن وقد حضر لدينا خاهلا ووجهه شاحب وعنده بعض أعراض النيوراثينيا .

طريقة الفحص

وغرضنا الوصول الى معرفة ما اذا كان يوجد حقيقة سبب مجهول يدعوا لكل العوارض التى يشكو منها المريض وتشخيص موقع المرض الحقيقى ، فمن الغلط أن نجتهد فى الوصول الى سبب ما يشكو منه المريض فقط ونترك البحث عن التشخيص الحقيقى والا كان بحثنا سطحيًا ويعتبر هذا عملا ناقصا ولو اجتهدنا فى معرفة سبب ما يشكو منه المريض فقط

وعالجه دون إجراء الفحص الدقيق لكان هنا خطر حقيقى يصيب المريض فى المستقبل فإن لم نجر الفحص الكلى الدقيق لكل أعضاء الجهاز التناسلى فمن المؤكد ترك عضو أو أكثر مريضاً لم نعالجه ويكون سبباً فى ضرر بليغ للمريض .

الفحص الأول

(١) يضغط الطبيب ضغطاً بسيطاً على المجرى من الخلف الى الأمام فيرى إفرازاً لزجاً يختلف لونه حسب الظروف وفى بعض الأحوال لا يجد شيئاً إلا فى الصباح أو اذا مضى على المريض مدة سبع أو ثمان ساعات بدون التبول وعلى أى حال يؤخذ الإفراز على لوح من الزجاج ويفحص بالمجهر فترى كثيراً من الكرات الصديدية وبعض الخلايا للغشاء المخاطى وقد نجد الجونوكوك ولكن فى الأحوال المستعصية لا نجده .

(٢) يفحص القضيبي بدقة من الظاهر للتحقق من وجود التهاب أو عدمه فى القنويات حول القناة مع العلم بأنه فى حالة وجود هذا الالتهاب نصرف النظر عنه الى تمام الفحص .

(٣) البول — يلزمنا الفصل فى موضع الإصابة هل هى فى القسم الأمامى فقط أو ممتدة الى القسم الخلفى أيضاً وعادة نجد المجرى بقسميه مصاباً مع وجود مضاعفات أخرى ولا داعى اذ ذاك لغسل القسم الأمامى للمجرى جيداً بمحلول ثم نفحص البول بعد ذلك وقد نكتفى فى هذه الحالة بالسماح للمريض بعدم التبول عدة ساعات ثم التبول فى كأسين فإن ذلك

قد يربنا تقريبا الحالة التي عليها المجرى وكمية الصديد والكثرة والحبوط في البول يجتهد النظار ترشدنا الى الحالة على وجه التقريب وقد يكون البول رائحا في كأسين وسواء وجدنا البول رائحا أو عكرا يلزمنا اجراء الفحص لباقي الأعضاء للنهاية ويلزمنا هنا القول بأن البول الرائق في الكأس الثاني وفي الثالث أيضا لا يدل مطلقا على عدم إصابة القسم الخلفي للمجرى أو البروستاتة أو الحويصلة .

فحص البروستاتة والحويصلة والقناة الناقلة

للثني عن طريق المستقيم

تفحص هذه الأعضاء كما أوضحنا في الفصل الثالث ثم نذكر البروستاتة والحويصلة ولا بد لنا من التنبيه هنا على أنه في حالة أى اشتباه بمرض الحويصلة يجب فحص السائل منها على حدة وطريقة ذلك أن نملأ المثانة بماء مقطر معقم ثم نذكر البروستاتة فقط ونسمح للمريض بالتبول وبعد الانتهاء نذكر الحويصلة وحدها ونأخذ الإفراز على لوح من الزجاج فان لم نجد به شيئا ترجح أن فتحة القناة الدافعة للثني مسدودة وقد نحتاج الى زرع السائل أحيانا والأصلح أن نفحص سائل البروستاتة والحويصلة كلا منهما على حدة وقد نجد الجونوكوك أو قليلا من كرات الصديد بكمية بسيطة أو معتدلة أو بكثرة وفي حالتنا هذه نجد التهابا مزمنيا في البروستاتة وأما الحويصلة والقناة الناقلة للثني فطبيعتان وعند اقتناعنا بوجود التهاب في البروستاتة لا بد أن نعزز ذلك بفحص السائل .

ويلزمنا أن نعتبر من النظريات البديهية أن لا تغسل المجرى بمحلول مطهر بعد ذلك البروستاتة والحويلة فإن فعلنا ذلك فقد نجد بعد مضي أربع وعشرين أو ثمان وأربعين ساعة إفرازا صديديا غزيرا من المجرى وبه الجونوكوك وهذا بلا شك ناتج عن عدوى المجرى من عصير البروستاتة والحويلة ويعمل بذلك دائما إذا كانت رغبتنا الفحص عن الجونوكوك ولكن في الأحوال الاعتيادية تغسل المجرى قبل ذلك بمحلول مطهر لمنع نقل العدوى الى المجرى وأن عدم العثور على الجونوكوك في الإفراز لا يدل مطلقا على انعدام وجوده فغالبا يكون محتبئا في الأغشية الغائرة للمجرى .

الفحص بمنظار المجرى الكهربائي

لا يجوز مطلقا فحص المجرى الأمامي بالمنظار الكهربائي قبل فحص إفرازات الحويلة والبروستاتة وذلك لأنه يحصل أحيانا أن المنظار يحدث تسليخا أو جرحا سطحيًا في الغشاء المخاطي المبطن للمجرى فيتزف ونجد إذ ذاك عند الفحص غايطا من الدم وعصير الحويلة والبروستاتة ولا يخفى ما يحدث ذلك من الصعوبة فالغرض من الفحص بالمنظار الكهربائي التحقق من حالة الغدد المختلفة وفتحاتها التي في المجرى وهل يوجد ضيق رخو أو صلب أو صنت أو أورام دموية أو مرونة في المجرى ويلزم الطبيب معرفة حالة المجارى الطبيعية بدقة ومهارة ليتمكن من معرفة ما هو مريض منها وإلا يكون عرضة للوقوع في خطأ كبير ناشئ عن تخيله لأعراض ليس لها نصيب من الحقيقة وقد يجد الطبيب أشياء

ليست طبيعية ويجب عليه صرف النظر عنها وإلا يكثر العلاج حيث لا شيء فتمرض المجرى بمرض كثرة العلاج وذلك مثل انتفاخ بسيط في القنويات الكبيرة أو انتفاخ كيسى خفيف فى بعض الغدد أو أجسام صغيرة غريبة ذات لون أحمر ملتصبة التهابا خفيفا .

علاج مضاعفات القسم الأمامى للمجرى

سبق لنا الإشارة بعلاج التهاب غدد لترأوقنوياتها وأما علاج المضايق الرخوة أو الصلبة وعلاج التهاب القنويات حول الصماخ فسنشرحه فى الفصل السادس .

التهاب البروستاتة المزمن

شرحنا ذلك بالتفصيل فى الفصل الثالث وبعبارة وجيزة يلزمنا ذلك البروستاتة وغسل قسمى المجرى حتى يقل الافراز ثم نبدأ بإدخال المحسسات والتقطير بحلول نترات الفضة مع استعمال الدلك أيضا .

التهاب السبرنج المزمن

يحدث التهاب السبرنج بعد مضي ثلاثة أسابيع من تاريخ ظهور المرض وقد يحدث فى أى وقت بعد ذلك كما أنه يوجد بعض أحوال تحصل فى الأسبوع الأول من الإصابة وأما حدوثها فى الأحوال المزمنة فقد يكون نتيجة سوء استعمال الدلك للبروستاتة أو إدخال المحسسات بطريقة خشنة أو تقطير محلول كاو مركز أو ركوب الخيل والدراجات أو مجهود

جسماني شاق أو أنفعال غرامى الخ مع العلم أنه ربما يحدث بدون سبب ظاهري ولكن إذا بحثنا عن السبب بدقة نصل الى سبب أو أكثر من الأسباب المتتامة ويلزمنا الفصل القاطع في التشخيص للتحقق من عدم وجود التهاب البرنج الدرني كأن يكون الالتهاب شاملا للجسم الكبير من البرنج والاحساس بالتسدرن به ويحسم القناة الناقلة للنفث مع حدوث المرض بالتدرج لا دفعة واحدة كل ذلك يساعدنا الى معرفة التشخيص ومن البديهي أن التهاب البرنج الدرني يقع في الدائرة الجراحية .

علاج التهاب البرنج المزمن

إذا كان الالتهاب مزمننا وغير مضاعف بوجود قيلة مائية فلا يمكن والحالة هذه إزالة الورم البسيط الموجود بالجزء الصغير بالبرنج أصالة وعائنا أن ننصح المريض ونقنعه بما هو موجود وقد يفيد استعمال قليل من الضغط بواسطة لف البرنج بالمشمع مع استعمال مرهم مركب من مرهمي البلادونا والزئبق بأجزاء متساوية وتعاضى مزيج يدور البوتاسيوم من الداخل بنسبة ٣٠ . جراما الى ٦٠ ، جراما في الجرعة الواحدة وقد يعمل بذل القيلة اذا وجدت فان عادت وهو الأرجح فالأحسن عمل عملية جراحية لاستئصالها اذا سببت شيئا من المضايقة .

وأما اذا كان الورم مصحوبا بالحمى فيمكن استعمال مرهم اليود باحتراس وإعطاء اليدورين للتاخذ أيضا مع تحديد حركات المريض وغذائه .

التهاب الحويصلة المزمن

يترك الفصل في تشخيص التهاب الحويصلة المزمن لمهارة ودقة الطبيب مع العلم بأن إهمالها أو عدم معرفة تشخيصها يسبب حدوث الروماتزم المفصلي إذ الالتهاب في البرنج أو البرنجين قد يحدث العقم وغير ذلك من المضاعفات السيئة وذلك غير احتمال نقل العدوى للزوجة الذي يحدث لها التهابا رحميا أو التهابا في البوقين والمبيضين وهو المصيبة الكبرى من هنا نفهم ضرورة عدم التعجل في الحكم على صحة الحويصلة بفحصها مرارا متعددة خصوصا أثناء ذلك البروستاتا وقد شرحنا العلاج في الفصل الثالث ونذكر هنا أهمية العلم بما إذا كان الورم مموجا (أى به سائل) أو ناشئا عن تضخم الأنسجة وقد يستمر العلاج عدة أسابيع دون أن يزول الصديد المتجمد المسبب انسدادا في فتحة القناة .

فحص حالة سيلان مزمن

وعلاقتها بعدوى سيلائية جديدة

قد يحصل في بعض الأحوال أن يحضر المريض للعيادة كأنه مصاب بسيلان مزمن أو لاستشارة الطبيب في حالته لعزمه على الزواج فبعد الأسئلة البسيطة يتبين أن المريض قد تعرض لعدوى جديدة من أيام قلائل فلا يصح مطلقا فحص البروستاتا أو إدخال منظار كهربائى فى المجرى فى وقت يعتبر كوقت الحضانة للعدوى الجديدة فينصح للمريض أن يحضر للعيادة مرة أخرى بعد أيام قلائل فتكون الفرصة سانحة للاحتياط

فما يجب عمله فان لم تظهر عدوى جديدة فمن الممكن اجراء الفحص القانونى أما اذا حضر المريض بعد مضى يوم واحد أو أقل من تاريخ تعرضه للعدوى الجديدة فيحسن استعمال العلاج الاجهاضى السيلانى فيغسل المجرى بمحلول برمنجانات البوتاسيوم بنسبة $\frac{1}{3}$ وتلك أعضاء التناسل بمرهم الزئبق الحلو بنسبة ٣٠ / ١ عدة دقائق .

إن هذه العملية تفيد فقط اذا استعملت أثناء الست ساعات الأولى من وقت التعرض للعدوى المحتملة أما فيما بعد ذلك فنتيجتها غير محققة .

الفصل الثاني

المنظار المجرى الكهربي

المنظار المجرى الكهربي الهوائي متى يستعمل

اعتبارات عامة

ضرورة وفائدة فحص مجرى البول بالمنظار الكهربي .

من البديهي أنه لا يمكن مطلقا علاج التهاب قناة مجرى البول السيلاني المزمن بدون استعمال منظار المجرى الكهربي .

وعلى ذلك نشير على الذين يرغبون التخصص في هذه الأمراض أن يحسنوا استعمال منظار المجرى الكهربي بدقة وحذق بحيث لا يرتكبون أغلاطا فاحشة في التشخيص يكون لها أثر سيئ فيما بعد لأن مستقبل المريض مبنئ على دقة استعمال هذا المنظار فهو أفضل بكثير من الفحص المجهرى البكتريولوجي ويلزم الطبيب ألا يعتبر الفحص بالمنظار المجرى الكهربي مؤلما أو مهيجا للمجرى في استعمال قليل من النفخ الهوائي بقل أثر التهيج للمجرى كما أن جرح المجرى يصير قليل الحدوث فلواتقننا أنبوبة مناسبة من أنابيب المنظار المجرى الكهربي للحالة التي أمامنا فندخلها في الصماخ ثم نبثدئ النفخ بالهواء ليصير إدخالها بسهولة جدا وبدون ألم

تقريبا مع أنها تحدث تمّداً بيننا في سعة المجرى من الداخل وقد يلزم في بعض الأحيان وضع عشر نقط من محلول كوكايين بنسبة ١ / ١٠ بواسطة قطارة اعتيادية في داخل الصياخ البولي قبل إدخال المنظار المجري الكهربائي كيمحذر موصى ولا خوف مطلقاً من تسرب الهواء الى المثانة لأن قوة عضلات القضييب تمنعه بضغطها من الوصول الى المثانة والأوفق ألا نضع أى محذر في الجزء البصيلي من المجرى لئلا ترتجى العضلات ويتسرب الهواء تحت الضغط الى المثانة وينصح المريض في مثل هذه الحالة أن يضع يده على العجان بضغط كاف لمساعد على منع تسرب الهواء .

ان استعمال الضغط الهوائى الشديد يسبب اعتدادا واتساعا في المجرى مع تغيير طفيف في لون الغشاء المخاطى ولكنه تغيير غير محسوس مع العلم بأن مسألة لون الغشاء لا تهم بالنسبة لما قد يوجد من المضاعفات وما إليها ، وقد يمكن استعمال المنظار بدون الهواء ولكن استعمال الضغط الهوائى أفضل بكثير لأنه يحوّل المجرى الى أنبوبة متسعة الحجم فالغدد والقنويات والأوكياس والصنط والضيق الخ كل ذلك يكون واضحاً بسهولة . وبصرف النظر عن استعمال منظار المجرى الكهربائى لمعالجة الصنط أو البوليبيوس فان رؤية العين لحالة القناة وما تكون عليها من وجود ترشيجات خفيفة أو صلبة تكون فكرة عند الطبيب تساعده كثيراً في استنباط أقرب الطرق العلاجية للوصول الى الشفاء بنجاح ، وقد نعمل تمزيقا لضيق بسيط في المجرى وبعد مضي زمن لا يمكننا تكرار عملية التمزيق

مالم نبحث الحالة أولا بالمنظار المجرى ولا يخفى ما في ادخال المجسات الى المجرى بدون الاسترشاد بالمنظار المجرى من الضرر .

في الجزء الغشائي للمجرى عند اتصاله بالجزء البصيلي قد يحدث ضيق صلب وممتد بمسافة بعيدة الى الأمام ، وقد لا ندرك المجسات وحدها على حجم هذا الضيق نظرا لوجود العضلات الشديدة وما تحدثه من الضغط على المجرى في هذا الجزء عند ادخال أى جسم غريب ولكن من السهل علينا جدا معرفة هذا الضيق بواسطة المنظار المجرى الكهربي الهوائي ، وقد يزيد صعوبة في معرفة هذه المضايق ضيق الصماخ الطبيعي حيث يكون ما يسمح به للورود من المجسات قد لا يكفيها مطلقا في الاستدلال على الضيق المتصلب في الجزء الذي عيناه وإذا اتفق وجود ضيق صلب في المجرى قريب من الصماخ يمنع معرفتنا للمضايق الأخرى التي يحتمل وجودها في مثل هذه الأحوال ، وقد يستعمل بعض الجراحين ادخال هذه المجسات في جميع المجرى ولا يخفى ما في هذا من تعرض المريض لخطر غير ضروري فاستعمال المنظار في هذه الأحوال قد يرشدنا الى نوع المجس الذي يجب استعماله (المستقيم أو المنحني - الطويل أو القصير ، لحذ محدود) .

ولا ننكر الصعوبة التي يصادفها الطبيب في ادخاله المنظار المجرى في حالة وجود متركب كاذب ولكن بدقة ومهارة حقيقتين يمكن التغلب على هذه الصعوبة وتحسن في مثل هذه الأحوال ألا يستعمل ضغط هوائي قوي .

ومن اللازم استعمال المنظار المجرى الكهربائي عقب شفاء الالتهاب
السيلا في الحاد فقد نجد غدة أو أكثر لغدد إتر ماثمة فتكون سببا في المستقبل
في إزمان العدوى حتى كان بعض الأطباء قديما ينصح مرضاه بعدم
الزواج قبل مضي سنتين من تاريخ الإصابة بالسيلان وهذا دليل كاف على
عدم الارتياح للأفكار العلمية الموجودة في ذاك الوقت .

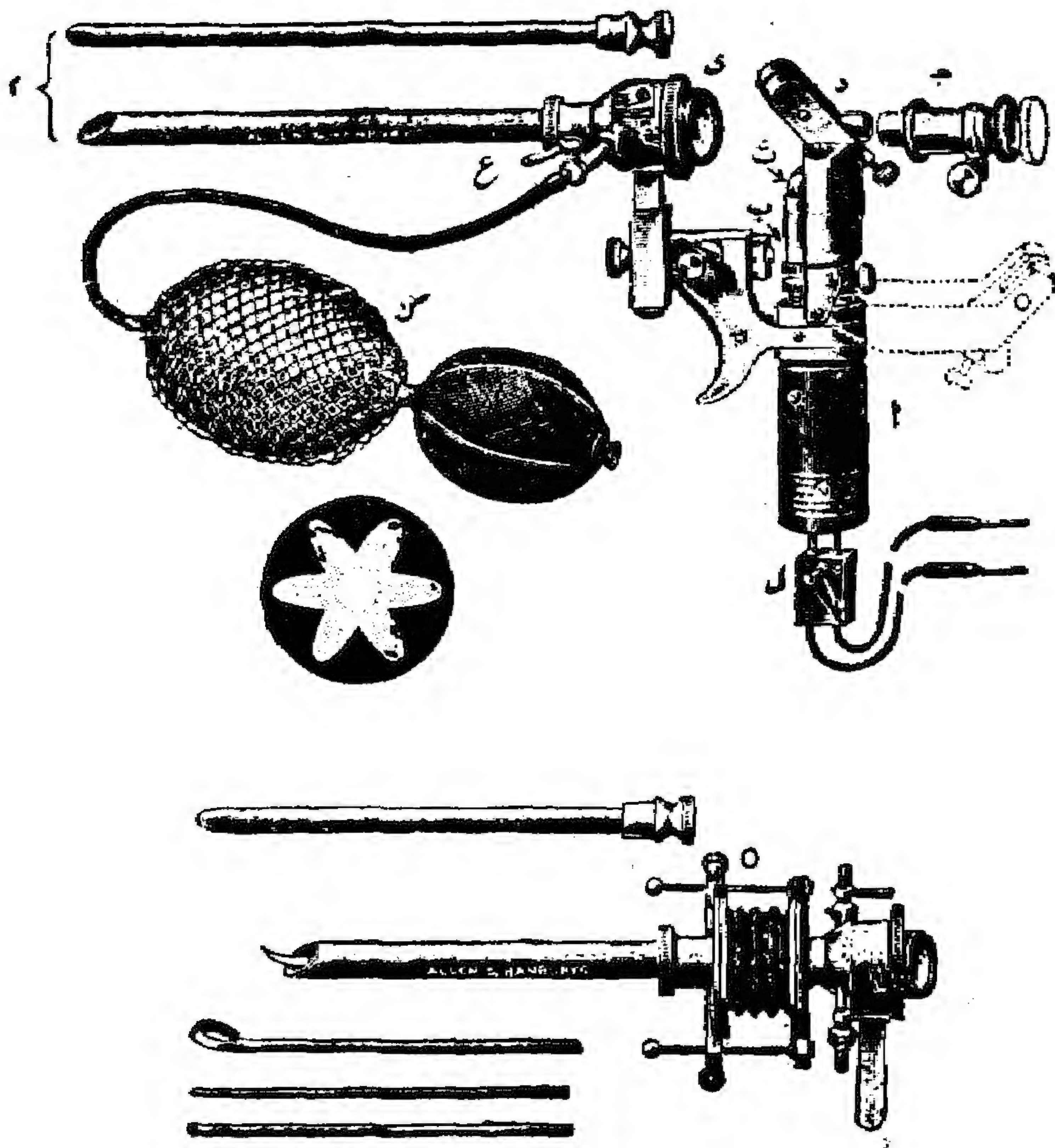
الفحص المجرى الكهربائي للقسم الخافي لقناة مجرى البول

إن هذا الفحص له منظار خاص يحدث ضغطا بواسطة السوائل
ولا يأتي شرحه في هذا الفصل ، وقد تستعمل آلات ذات ضوء كهربائي
من الخارج على الطريقة الفرنسية مع إمكان عمل أى كي موضعى داخل
أنبوبة المنظار وأن طريقة الضغط الهوائى لا تفيد شيئا في فحص القسم
الخافى .

منظار المجرى الكهربائي

وصف المنظار المجرى . ان لنظرية الاضاءة في المنظار المجرى قاعدتين :
(١) الضوء من الخارج أو المنعكس ، (٢) الضوء من
الداخل بواسطة مصباح كهربائي متصل بآخر الأنبوبة .
ولاستعمال المنظار طريقتان :

(١) بواسطة ضغط الهواء ، (٢) بدون هواء .



(شكل ٩)

ويحسن دائما استعمال المنظار ذى الضوء المنعكس الخارجى مع استعمال طريقة ضغط الهواء وبذلك نرى قاع المجرى واضحا جليا لمسافة بعيدة بعد انتهاء طرف الأنبوبة وعند تغيير المصباح لا بد من ملاحظة توافق العدسة مع المرآة كما هو مذكور فى شرح استعمالها فى الفهارس (الكتالوجات) . فالمنظار المجرى مركب من يد مصنوعة من خشب يشبه الأبنوس فى آخرها من جهة نجد المصباح الكهربائى ومن الأخرى المكان المعد للاتصال بالكهرباء (ل) والمصباح مغطى بعدسة قوية (ث) سهلة التحريك والمرآة العاكسة بحرف (د) مثبتة لقلنسوة ذات مفصلات (ى) ويمكن إزالتها وقت تغيير المصباح وتحريكها من جهة لأخرى وهى مثبتة على زاوية (50°) وتعكس الضوء بأشعة مستقيمة داخل المجرى بحيث تتكون زاوية قائمة كما أنها مثقوبة فى وسطها ثقباً صغيراً متصلاً بتليسكوب (ج) يمكننا من رؤية القناة وفى الميسم شيال صغير (هـ ب) قطعة من الزجاج (ع) ليحفظ الهواء داخل المجرى وتمر منه أشعة الضوء المنعكسة ومثبت بوضع محكم مخصوص ، وكيس لنفخ الهواء (ك) وأنبوبة (م) لادخالها فى المجرى .

طريقة الاستعمال — لايجاد نقطة اجتماع الأشعة حول القلنسوة التى تحمل المرآة الى جنب حقل العدسة لجهة الحائط وحركها بخفة من جهة لأخرى حتى تصير الأشعة متوسطة الحجم ولا ينعكس منها عادة سوى بعض الأشعة المركزية لداخل المجرى .

إرجع القلنسوة كما كانت وحرك أنبوبة المنظار الى الحائط أيضا حتى نجد أن الأشعة الوسطية تعطينا حالة من النور المركز المنعكس على الحائط خارجة من فتحة الأنبوبة ثم ثبت المبسم بقطعة موصلة حافضا للأشعة تركيزها لثبتيها جيدا واحترس من وقوع الآلة على الأرض فان ذلك يفسد المصباح .

ويلزم ملء الكيس بالهواء أولا ثم السماح له بالدخول في القناة تدريجيا بواسطة صنبور مركب في الآلة ولا يسمح للهواء بالدخول في القسم الخلفي للمجرى وكرر ملء الكيس كلما أردت إدخال هواء جديد ولا يحسن نفخ الهواء ودخوله في المجرى مباشرة قبل تخزينه في الخزان ومن اللازم دهن الأنبوبة بزيت خروع أو زيت اللوز فانهما أحسن من الجلسرين وبعد انتهاء الفحص يسمح للمريض بالتبول وغسل المجرى بقسميه والمثانة بمحلول برمنجانات البوتاسيوم بنسبة $\frac{1}{800}$ كما يعدل ذلك أيضا قبل إجراء الفحص .

إن ما شرحناه هنا هو نموذج للمنظار المجرى الكهربائي مع العلم بأنه من وقت لآخر يطرأ عليه بعض التغييرات أو التحسينات لسهولة الاستعمال . ولأجل استعمال الكي الكهربائي للعلاج ندخل مجسما في أنبوبة وبه السلك الايجابي وأما السلبي فيكون مبالا بالمحلول الملحي ويوضع فوق الألية ويتصل السلكان ببطارية كهربائية أو بتيار عمومي متصل بالريوشتات بقوة ٣ الى ٥ مالى أمبير لمدة ٥ الى ٢٠ ثانية فان ذلك كاف

لكي الغشّة أو القنيوة المقصودة وهذا العمل أدق وأحسن بكثير من استعمال المحلّولات الكاوية على شرط أن يكون طرف المجس المذكور مدبباً ، وقد يستعمل مجس ذو عنق سميك داخل الأنبوبة ولكنه أطول منها قليلاً ومستدير الرأس لتسهيل دخول الأنبوب المذكورة داخل القناة ويسحب منها بعد الإدخال .

منظار الجزء الأمامي للمجري بواسطة المنظار المجري

الكهربائي الهوائي

مناظر المجري بالمنظار : استئالة الطبيعية للغشاء المخاطي

إن لون الغشاء المخاطي قرنفلي لامع جداً وقابل الترشيع وإن كان إذا خففنا ضغط الهواء عنه قليلاً يصير أحمر اللون وبالأشعة المنعكسة يظهر الاحمرار جيداً خلافاً لحالة الفحص من الضغط ويمكن الطبيب تجربة ذلك بنفسه ليعرف الفرق ويحسن قبل إدخال المنظار أن يمتحن القنيوات حول الصماخ تحت تأثير الضوء المنعكس للتحقق من وجود مرض أو شبه مرض بها في هذا الضوء الساطع وأن لون الغشاء المخاطي المصغر هو نتيجة ضغط الهواء وانتفاخ المجري وتوزيع الأوعية في نقطة مركزية وترك المسافة التي بين المراكز بعدد قليل من الأوعية كما يرى ذلك في داخل المنظار ونجد عادة أن قاع الجزء البصيلي والجزء الملاصق له من الجهة الأمامية أكثر اصفراراً من الأجزاء الأخرى للمجري . أما الغشاء المخاطي للجزء الأمامي فيرتفع قليلاً في شكل حلقات يتخللها

ألياف عضلية وأما في الجزء البصيلي فنجد هذه الحلقات معدومة وتظهر
ثانية في الجزء الغشائي للمجري لوجود ألياف العضلة العاصرة فلا يظن
مطلقاً أن هذه الحلقات هي آثار لمضاييق سالفة لأن هذه الأخيرة تترك
آثاراً بيضاء . وقد يظهر القسم الأمامي للجزء البصيلي مختلفاً نتيجة انقباض
العضلة العاصرة التي في الجزء الغشائي كفعل طبيعي لوجود جسم غريب .
وقد يشمل هذا الاحتقان الجزء البصيلي بأجمعه كما أن في الأطفال
والكهول نجد نتوءاً خارجاً في الجزء البصيلي نظراً لارتخاء عضلات المجري
فتظهر ألياف الأنسجة المرنة فيما وراء الغشاء على شكل عمودي وكثيراً
ما يشابه أثر الالتحام ويعتبر طبيعياً أيضاً انبساط (مسطح) سقف المجري
في بعض أجزائه خصوصاً حول القنويات الكبيرة وعلى العموم إذا حركنا
أنبوبة المنظار من أعلى إلى أسفل ومن اليمين إلى الشمال لا نجد صعوبة
مطلقاً في كشف هذا الجزء من المجري .

الغدد والقنوية الكبيرة الطبيعية

القنوية الكبيرة :

على بعد نحو الخمسة والعشرين مليمترًا من الحفرة الزورقية
وفي سقف المجري نجد القنوية الكبيرة أود هليز جورين وفي بعض
الأحيان تكون محتلة جانباً من القناة وقد تكون معدومة وهي تشبه
قنويات مرجني تماماً غير أن فتحتها أكبر اتساعاً ويبلغ غورها نحو عشرة
مليمترات باتساع نسبي عظيم وعلى فتحها غشاء رقيق يعرف بالصمامة

ويعتقد بعضهم أنها أثر من الخلقة الأولية في حالة تكوين الصماخ البولى والحفرة الزورقية وقد تمتلئ بالهواء وقت الفحص وبها كثير من غدد لتر لها فتحات في داخلها .

قنويات مرججى ، نجد في سقف القناة صفا أو صفين غير منتظمين يبلغ طولها نحو سبعة سنتيمترات على امتداد المجرى غدد مرججى وهى من ٣ الى ٢٠ فى العدد وقد نجد واحدة أو اثنتين فى قاع المجرى وهذه القنويات هى عبارة عن جيوب صغيرة داخل الغشاء المخاطى وتبلغ نحو ثمانية مليمترات فى الغور لها حافة تنتفخ أحيانا بالهواء عند الفحص وقد يزول جزء منها بعد استعمال الكى فتنتفخ القنوة نفسها بالهواء وقت الفحص وتظهر مثل الكيس فى الغشاء المخاطى .

غدد لتر — إن فتحات غدد لتر أكثر بكثير من فتحات قنويات مرججى وقد تمتلئ هواء وقت الفحص أيضا وتشبه إذ ذاك البوليوس وقد لا يكون التمييز بينها وبين قنويات مرججى الصغيرة سهلا وذلك قايلا الأهمية عمليا ويوجد نوعان من غدد لتر :

(١) بصيلى وهى عبارة عن حفر صغيرة فى الغشاء المخاطى منقسمة الى فصين أو ثلاثة فصوص قطرها كلها نحو النصف مليمتر الى مليمتر واحد ومنتشرة فى كل أجزاء المجرى وتعتبر أثرا لغدد لتر .

(٢) الغدد تحت الغشاء المخاطى — كل غدة لها قنوة صغيرة ذات فتحة فى الغشاء المخاطى كما أوضحنا وتكثر هذه الغدد فى سقف المجرى

وعلى مسافة سبعة سنتيمترات فيها ويرى بعضهم أنها معدومة في الجزء البصلي ولكنها آخذة محلا غائرا في الجزء الاسفنجي ويبلغ طول قناتها من الأربعة الى الخمسة ملليمترات وترى فتحات هذه القنويات ظاهرة عند الفحص بالمنظار المجرى ذات فتحة لامعة ولون أحمر ناصع وربما كانت خشنة الملمس وتفرز عصيرا بسيطا لحفظ المجرى مبتلا دائما وعند الانتصاب يكثر الإفراز خصوصا من الغدد التي في الجزء الاسفنجي ومن غدتي كوبر وتتحد الى الصماخ وقد يعتبره خطأ بعض العامة أنه المنى وبعض الذين أصيبوا بالسيلان أنه افراز سيلاني .

غدد كوبر وقنوياتها — نجد فتحة قناتي كوبر في الجزء البصلي للمجرى وربما نجد فتحة واحدة مشتركة للقناتين وقد يحصل شذوذ في الخاتمة الطبيعية حيث توجد القناة ممتدة على شكل كيس ذي فتحة واحدة لها صمامة في أول الجزء البصلي من الأمام عوضا عن أن تكون في آخره أو قد تكون الفتحة المشتركة في أحد الجانبين قريبة جدا من الجزء العشائي للمجرى وتتفخ وقت الفحص بالهواء وعلى العموم لا تظهر هذه الفتحات إلا لطبيب خدق ماهر والذي يهمنها منها أنها أحيانا تكون سببا في وجود نخرات ظاهرة من مضاعفات السيلان وقد نجد في مكانها كيسا صغيرا ربما يزداد في الحجم داخل المجرى وقد يحتاج الى فتحة جراحية مما سنشرحه بعد .

الحفرة الزورقية والصماخ

إن الحفرة الزورقية مبطنة بغشاء مخاطي أملس ولا يسهل مهاجمتها بالعدوى وهذا مما يفسر لنا طول مدة وقت الحضانه وقد نجد أحيانا فتحة

لقنيوة صغيرة من غدد لتر في قاعها واثنين آخرين جهة السقف فيما بين القنيوة الكبيرة والصماخ وقد يآزما أحيانا توسيع الصماخ لإدخال الممددات المختلفة ويعمل الشق عادة من الجهة العليا ومن الجهة السفلى أيضا ويحسن خياطة الغشاء المخاطي للفتحة بالحديدة بقرزه أو اثنين .

(٣) الغشاء المخاطي في حالة المرض .

أمراض القنيوات والغدد والدهاليز والتخراجات والقنيوات حول المجرى

التغيرات في الغشاء المخاطي :

يفقد الغشاء المخاطي لمعانه وقد نجهده أحمر اللون متورما وعليه إفراز لزج مخلوط من المخاط والصديد .

قنيوات مرججى المريض . نجهدها متورمة وفتحاتها ملتهبة ولزجة وربما رأينا نقطة إفراز من الصديد وقد يمتد الالتهاب الى ما جاورها من غدد لتر ويجترد الضغط البسيط بواسطة أنبوبة المنظار نجد قطعا صديديا وقد تزيد كمية الصديد على حسب درجة الالتهاب الموجود .

غدد لتر— نجد غالبا أن الغشاء المخاطي ملتهب في نقط متباعدة مختلفة وفي وسطها غدد لتر المنتفخة الملتهبة بارزة عن السطح وفتحاتها مبتلة وخارج منها إفراز مخاطي صديدي .

الالتهاب المجري البصيلي أو الالتهاب الجفاف

نجد الغشاء المخاطي في هذا النوع ملتهبا التهابا بسيطا وبه درنات صغيرة في حجم رأس الدبوس مرتفعة عن سطح الغشاء قليلا وذات لون أحمر ناصع ومنتشرة في كل طول الجزء الكهفي حتى الجزء البصيلي وذلك أن الرش تحت الغشاء الناتج حالة حدوث الالتهاب فيه يحدث ضغطا بسيطا على القنويات فتتسد فتحاتها ويتكون إفرازها المحجوز داخل القنوية إلى كيس صغير تحت الغشاء مباشرة ولذا يعبر عنه بالالتهاب المجري الجفاف ويكثر حصول هذا النوع في الالتهاب المجري غير السيلاني الناشئ عن عدوى الاستافيلوكوكس الأبيض ، وقد وجدت حالة ناشئة عن باسيلوس الدفتريا ، ومن الغريب أن دور الحضانة في هذه الأحوال يكون طويلا جدًا فيمتد إلى ثلاثة أسابيع ، وفي بعض الأحوال نجد أن أول العوارض هو كثرة التبول المصحوب بقايل من الألم .

غدد لتر والتهاب المجري المزمن — تلتهب هذه الغدد وتحدث رشحا في الأنسجة التي حولها فتستمر في الإفراز الملوث بالجراثيم حتى تنتهي عملية الالتهاب باعدام الغدة وتحولها إلى ألياف نسجية .

الرشح الصلب . وقد نجد هذه الألياف فنجد رشحا صلبا في أجزاء منفصلة في الغشاء المخاطي وقد تسبب ضيقا عظيما في تجويف المجري ، وكل هذه المضاعفات أكثر وقوعا في التهابات المجرية الجافة السابقة شرحها .



- | | |
|--|--|
| <p>(١) خراج بسيط في غدة لوز .</p> <p>(٢) نقص الغرارج بعد الكي بالكهرباء .</p> <p>(٣) دهليز بسيط يرشح صديدا .</p> | <p>(٤) التهاب غددى شديد في المجرى .</p> <p>(٥) ترشيب رخسوى .</p> |
|--|--|

(لوحة نمرة ٢٠)

١



٢



إصلاح خطاً (لوحة نمرة ٢٠)

(١) قز غريب . صوابه : (١) ممر غريب .



٣

(٣) كيس في غدة كوربر .

(١) قز غريب .

(٢) بوليوس في المجرى .

غدد لتر الغائرة — قد تصاب غدد لتر الغائرة التي في القسم الاسفنجي بالعدوى ويمكننا الشعور بوجودها كعقد متعددة اذا جسسنا المجرى من الظاهر حيث لا يمكن عادة معايتها بواسطة المنظار المجرى من الداخل وقد تتحول الى ألياف صلبة فتحدث بعض الضيق في المجرى ، وقد تكون خراجا صغيرا قبل تحولها الى الألياف الصلبة .

الخراج فيما وراء المجرى وغدد لتر — قد تلتهب إحدى هذه الغدد وتكون خراجا فيما وراء القناة يسيل إفرازه في المجرى وقد يكون قريبا من الجزء البصيلي وقد تكون سببا لضيق مؤقت بالنسبة لبروزها في المجرى وقد يمكن فتحها من الداخل ولكن لا يحسن ذلك لئلا يترك الخراج دهليزا غائرا (ناسورا) محدثا إفرازا صديديا يصعب معالجته ، ويجب فتح هذه الخراجات من الخارج ونظافتها جيدا لأنها عرضة لتكوين دهاليز صديدية كثيرة ، ويستعمل بعضهم بذل هذه الخراجات وحققها بصبغة اليود المخفف بنسبة ١ في المئاة ولا يخفى ما في ذلك من ألم فضلا عن الاحتياج لتكرار هذه العملية .

الدهاليز المجرية — تمتاز فتحة الدهاليز عن فتحة القنوة بأن لها فتحة مستديرة وليس لها صمامة وقد يخرج منها نقطة من الصديد بضغط خفيف عليها بواسطة الأنبوبة (الماسورة) وتكثر هذه الفتحات الملتهبة في الحفرة الزورقية أو فيما جاورها من القناة وقد يكون لها دهليز ذو فتحة من الظاهر قريبة من الصماخ ، وفي أحوال نادرة قد ترى دهاليز كثيرة حول الحشفة (رأس القضيب) مع أنه يمكن أن يكون بعضها على اتصال تام بداخل المجرى .

القنويات حول المجرى — قد تظهر القنويات حول المجرى كدهاليز ملتزمة خصوصا في حالة ظهور نقص طبيعي في حلقة القضيب ، ولكن هذه القنويات لا تتصل عادة بالمجرى وعادة تكون فتحة المماخ هي الفتحة السفلى ولو أن طول بعضها قد يبلغ أحيانا سبعة أو ثمانية سنتيمترات تظهر أهميتها في إخفاء الجوكونوك وقد يتسبب باغفالنا أهمية هذه القنويات نكس المرض للمجرى الحقيقي بعد الاقتراب من الشفاء .

علاجها — قد يكفي بغسلها بمحلول نترات الفضة ١ / ١٠٠ بواسطة إدخال إبرة ذات سن غير حاد لحقنسة زجاج اعتيادية أو استعمال الكي بالكهرباء داخل القنوة ، ولكن في حالة تعادها تمس ويفتح أكبرها ونغسل جميع يوميا .

علاج قنويات الغلند والدهاليز القصيرة — يحسن علاجها بالكي الكهربائي وغسل الجزء الأمامي للمجرى مع ذلك باليد اليسرى أثناء الغسل وتتفجر غالبا جميع الأكياس البصيلية بواسطة هذه العملية ، ويمكن كي الباقي منها بالكهرباء .

الالتهاب البصيلي المجري غير السيلاني وعلاجه — قد تمتد مدة العلاج لنحو السنة أو السنتين وقد يحسن بعد استعمال غسل المجرى لمدة شهرين أن تمس كل الغشاء المخاطي بمحلول نترات الفضة بنسبة ٣ / ١٠٠ الى ٥ / ١٠٠ بمساعدة أنبوبة المنظار المجري الكهربائي ، فلو حصلنا على نتيجة نظمت إليها يمكننا تكرار هذا المس بعد مدة ثم نبدأ بالتوسيع مرة كل أسبوعين ،

ولا تفيد هذا حقن الفاكسين أو الحقن بالمحاليل المطهرة بواسطة الحقن الصغيرة، ولا يفوتنا أن ننبه بأن كثرة استعمال المسبّحات الفضة تضر أكثر مما تنفع ولا يلزم عملها إلا بواسطة المنظار المجري الكهربائي ولا تعمل إلا في حالة ما تكون فتیحات القنویات متسعة (أو فاعرة فادها) حتى يمكن للمحاول أن يغمرها جميعها .

التقرّحات

تقرّحات الغشاء المخاطي للمجرى فيما وراء الحفرة الزورقية وغير الناشئة عن مواد كيمياوية ملتهبة أو إصابة عرضية نادرة جدا فقد تحدث نتيجة قرحة رخوة أو صلبة في الصماخ أو قيا وراءه وقد توجد تقرّحات حبيبية داخل المجرى ومرتفعة عن السطح كضاعفات لسيلان مزمن قديم والحقيقة أنه ربما تكون قرح زهرية داخل المجرى وتوجد تقرّحات ناشئة عن وجود البلورات بمرجانات البوتاسيوم مثلا غير الدائبة والموجودة في المحلول الذي يستعمل خطأ لعدم مرور الوقت الكافي لدوابها وتحدث ألما شديدا أو محلول عصير الليمون أو النبيذ الذي يستعمله الجمهور كعلاج إجهاضى للسيلان وهذا الأخير يحدث وربما مع ألم شديد وربما يصحب ذلك نزيف أما التقرّحات الدرية أو السرطانية في المجرى فهي نادرة وقد تحصل تقرّحات أيضا نتيجة تبول حصوة وربما يعقبها ضيق خصوصا إذا كانت الحصاة كبيرة .

الصنط داخل المجرى

كثيرا ما يوجد الصنط بحجمه الصغير داخل المجرى وخارجها ولكن يغلب وجوده في الحفرة الزورقية وقد يصير كبيرا في الحجم مثل البليوس وكل ما يشكو منه المريض هو استمرار وجود إفراز لزج بعد شفاء السيلان ويحسن استئصال الصنط ان أمكن ذلك باستعمال الكي الكهربائي له وقد يكفي هذا الأخير وحده وأما في حالة وجوده في الحفرة الزورقية بكثرة فيمكن عمل عملية الكيحت بعد وضع مخدر موضعي ثم الكي بمحلول نترات الفضة ٦ / ١ وفي أحوال نادرة يحسن استعمال الكي بثاني أكسيد الكربون .

وقد لا يسبب هذا الصنط أي عوارض ظاهرية مطلقا ويكون إذ ذاك في الجزء البصيلي للمجرى ويدهش الطبيب لرؤيته بمنظار المجرى الكهربائي ويحسن استئصاله والكي بعد الاستئصال .

إلتهاب المجرى الصدفي

قد يوجد في بعض الأحوال الغشاء المخاطي ملتصقا في نقط متباعدة ذات شكل أبيض ومخاطة بهالة حمراء علامة على الالتهاب ويكون غالبا ناشئا عن استعمال حقن بكثرة خصوصا من محلول حمض الكربونيك وبالفحص المجهرى لا نجد أي ميكروب ويحسن منع استعمال الحقن وذلك كاف للحصول على الشفاء ، ولكن في الأحوال المزمنة قد تتكون القشور بعضها فوق بعض ويحصل بها تصالب وتسبب ضيقا في المجرى .

تداوى هذه الأحوال باستعمال الموسعات الاعتيادية مع التقطير أحيانا
بمحلول نترات الفضة بنسبة ٢ ٪.

الترشيدات الرخوة — مبدأ المضايق الرخوة

الباثولوجيا — بطبيعة الحال يبدأ الغشاء المخاطى وما جاوره من الأنسجة
بالدفاع عن نفسه ضد مهاجمة الميكروبات له فتحتقن الأوعية وتتحد
الأوردة ويحصل رشح نتيجة هذا الاحتقان ثم إفرازات صديدية فلو كان
الالتهاب خفيف الوطأة قصير المدة يترد هذا الاحتقان لأصله وكل شيء
يرجع مرجعه الطبيعى وأما إذا كانت الإصابة شديدة أو استمرت زمنا
طويلا فإن الأنسجة التى تحت الغشاء المخاطى تتحول الى ألياف صلبة
وتسبب انكماشاً فى المجرى وينتج عن ذلك ضيق .

إن الرشح الخفيف لا يمكن مطلقا معاينته ومعرفته بالمنظار المجرى
الكهربائى ولكن إذا استمر الالتهاب مائة ثلاثة أشهر مثلا نجد أنه حصر
فى نقط ذات مساحة صغيرة أو كبيرة بعيدة عن بعضها (تختلف المساحة
من سنتيمتر واحد طولا الى عشرة سنتيمترات أو تجزئة هذه المسافة الى
أقسام يتخللها غشاء مخاطى سليم) وقد يقع هذا الرشح فى جهة واحدة من
الفناء بحيث يكون ما يقابله من المجرى سليما أو متأثرا تأثرا خفيفا أو تكون
الإصابة حلقية فى المجرى فينتج ما يسمى بالضيق ويكون الغشاء المخاطى
حول الجزء المتهب أو فوقه ذا لون أحمر مسود مبتل بالإفراز أو درنى
الشكل وربما يدمى بسهولة عند ملامسته لأنبوبة المنظار ولو وجدت

غدة أتر أو قنيواتها تكون متورمة وترشح إفرازا وكان فيما مضى يستعمل الكي لعلاج مثل هذه الحالة أما الآن فيكتفى بالتوسيع .

مواضع الرشخ الرخوة — أهم موضع يختاره الرشخ الرخوى هو فيما يلي القنيوة الكبيرة ممتدا للداخل نحو الثمانية سنتيمترات وفي سقف المجرى وقد يقع في القاعدة أيضا ويندر جدا أن نفحص مجرى سبق إصابته يوما قنا بالسيلان ونجد في حالته الطبيعية الخالصة بل غالبا نجد أليافا بيضاء ممتدة حول المجرى بأشكال مختلفة (دائرية ومستطيلة) خصوصا حول القنيوات وفتحاتها وقد ينتج عن ذلك ضيق خفيف فيحسن والحالة هذه أن ندخل الموسعات للقسم الأمامي للمجرى أو للقسمين .

وقد لاحظت بعضهم حدوث هذا الرشخ الرخوى في الجزء البصلي للمجرى حتى بعد ١٠ يوما من تاريخ عدوى شديدة الوطأة استعمل لعلاجها محاول تترات الفضة المركز قليلا بمعرفة المصابين أنفسهم نعم إن ذلك نادر الحصول غير أنه إذا حصل فيكون من أشد أنواع الضيق مقاومة للعلاج .

قيمة المجسات والموسعات — قد يصعب الرشخ في بعض الأحوال إفراز سيلاني غزير كما أنه قد يكون الإفراز نادرا حتى يعد في حكم العدم والمرض على وشك الزوال مع أن الرشخ الرخوى يكون آخذا في التكوّن في بعض أجزاء المجرى ويحتاج لمنعه بالعلاج ولا يفوتنا مطلقا إدخال ما يلزم من المجسات في مثل هذه الأحوال وقد أشار بعضهم بادخالها حتى في حالة وجود إفراز غزير إذا كان مضى عليه نحو الأربعة أشهر تحت

(لوحة نمرة ٢١)

١



٢



٣

(١) ضيق في الجزء البصلي .
(٢) ذات الضيق بعد توسيع قليل .
(٣) ذات الضيق بعد التوسيع .

العلاج ولم يظهر له أى نتيجة، ولكنى أشير بالحذر من إدخال هذه المجسات فى مثل هذه الأحوال وإو أنهم يؤكدون بأن نتائج باهرة شوهدت فيها كأضعاف الإفراز ومنع تكون الرشخ الرخوى الخ، ولكنى لا أشير بذلك مطلقا حتى ولا باستعمال المنظار المجرى الكهربي بدقة وحذر فى هذه الأحوال .

ولكننا لا نتردد فى استعمال هذه المجسات والموسعات فى حالة وجود رشخ مع إفراز صديدي ومجرى اتساعها آخذ فى الانكماش مع المحافظة دائما على القاعدة الذهبية ألا ندخل أى آلة فى المجرى فى حالة وجود التهاب حاد فى الجزء الخلفى أو التهاب بروتستاقى حاد أو التهاب فى الحويصلة أو البربخ ما لم يكن البول رائعا أما فى أحوال حصر الالتهاب فى الجزء الأمامى للمجرى فنشارك ذلك لخبرة الطبيب على العموم ونكون أقل حرصا من أحوال التهاب الجزء الخلفى البروستاقى ونكرر هنا أيضا أن استعمال المجسات والموسعات فى ابتداء تحويل الرشخ الرخوى إلى الرشخ الصلب تكون نتائجها ساحرة .

نحن نعلم جيدا أن استعمال الغسل بمحلولات قوية لمدة طويلة مع إدخال آلات مختلفة فى المجرى قد تولد أحيانا التهابا فى الغشاء المخاطي يعقبه ضيق فى المجرى فيحسن بنا دائما ألا نركز المحلولات المستعملة للغسل إلا بمقدار ما هو واجب وندخل من وقت لآخر المجس لاستكشاف حالة المجرى وإلا جئنا على المرضى بمساعدة وجود هذه المضائق بدلا من أن نمنعها ونعالجها فقد شاهد بعضهم ضيقا فى المجرى بعد استعمال

الفصل لمدة طويلة بحلول برمنجنات البوتاسيوم بنسبة $\frac{1}{3}$ ، وفي حالة أخرى ينتج ضيق نتيجة استعمال التقطير بحلول تترات الفضة مع إعطاء المريض حقنا منها يستعملها بنفسه بنسبة مخففة جدا وفي حالة ثالثة كان نتيجة استعمال محلول الأرجيرون بنسبة $\frac{1}{5}$ % وغيره .

العلاقة ما بين الرشح والعدوى

ما هي نتيجة الرشح وتأثيره على العدوى — إن الرشح هو دفاع كبير طبيعي لمقاومة مهاجمة الميكروبات للأنسجة أو التهييج من استعمال محلولات كيماوية بنسبة متزايدة وقد يستد الرشح التقنيات وفتحات الغدد والبصيلات داخل المجرى حاجزا الميكروبات بها فتزيد هذه الأخيرة التهاب الأنسجة الموضعية وتظل كامنة وتكون النتيجة أخيرا أن يتحول المجرى الى ألياف نسيجية مع أثر الالتحام منكش ضيق في المجرى حتى في بعض الأحوال الشديدة جدا سيزول المجرى تقريبا لولا تدخل طبيب الجراحة . في الأحوال المتقدمة التي من هذا القبيل نبدأ بإدخال المجسمات تدريجيا والموسعات بدون إهمال ما عدا استعمال الفصل بنسبة شديدة وإلا زدنا الطينة بلمة ولكن على العموم تكون نتائجها حسنة ما لم تضاعف بتقنيات في التقنيات والغدد وهذا يطيل مدة العلاج .

كيف يشفى المرضى باستعمال الموسعات

إن إدخال المجسمات والموسعات يحدث تهيجا في النقط التي بها الرشح فيغري ذلك الدورة الدموية بالتحرك موضعيا في الأجزاء التي كانت بها

(لوحة نمرة ٢٢)



(٣) ضيق كبير الحجم .

(٤) مضائق متعددة .

(١) ضيق شديد .

(٢) ذات الضيق بعد علاج

أسبوعين .

في حكم المنعقدة تقريبا كما أن دخولها يسبب زوال الستائر الصليدية
المسببة انسداد فتحات الغدد والفنيوات فيتسع المجال لخروج الإفراز
ومع استعمال الغسل بالمحاليل المطهرة يمكننا إزالة ما هو كامن من الإفرازات
داخل هذه الغدد .

أما التقسيم بين رشح رخو و رشح صلب فهو تقسيم اختياري محض
وعلى الأرجح دائما نجد من النوعين في مجرى واحد ويمكن الطبيب المتمرن
معرفة هذا من ذاك بواسطة الحس بالمجسات .

الرشح الصلب أو الرشح اللين

الباتولوجيا — إن الرشح الرخو يتحول الى رشح صلب بانكماش الغشاء
المخاطي وخنق الأوعية الدموية وإعدامها فيصبح الغشاء مصفر اللون كما أن
الأنسجة المرنة التي به تصبح في حيز العدم ويضيق اتساع المجرى ونشاهد
ذلك باستعمال المنظار المجري الكهربي اذ نجد الضيق على شكل حلقات
مستديرة أو هلالية ممتدة في نقط مختلفة على سطح الغشاء المخاطي ويكون
شكلها كقطع من القطن مبعثرة تحت الغشاء وتظهر بوضوح جلي عند
استعمال المنظار المجري الكهربي الهوائي ، وعلى العموم الرشح الرخو يشفى
دون أن يترك أى أثر ذي قيمة في الغشاء اذا عولج في الوقت المناسب .

تقسيم الضيق

اذا تكاثفت الألياف الحلقية حول جزء من المجرى بشكل دائري
متسع سمي هذا بالضيق الواسع ويسمح عادة بدخول مجسات تمر ١٨ الى

نمرة ٢٠ أما اذا تكاثفت ألياف الدوائر بشكل ضيق سمي هذا بالضيق الضيق ، ومهما طال أمدها (من ثلاث الى أربع سنوات) فمن الممكن بالصبر والأناة التغلب عليها وتوسيعها بالعلاج .

وقد اتجهت وجهة الأطباء الى تقسيم الضيق الى أقسام مختلفة ولكن كل هذه الأنواع لا تخرج عما ذكرنا وهي في العرف مضايق تسمح بمرور مجس نمرة (٢٠) ومضايق لا تسمح إلا بأقل من ذلك بكثير وعلى العموم يلزمنا التنبيه بأن أغلب الألياف المكونة لهذه المضايق قابلة للامتصاص تحت ضغط التوسيع ولو مرت على وجودها السنون .

وقد توجد صعوبة خصوصا للبتيدي في تمييز المضايق التي تحصل حول الجزء البصري عند اتصاله بالجزء الغشائي نظرا لوجود ألياف العضلة العاصرة التي بانقباضها تجعلنا نشعر كأننا في مكان ضيق ولكن بمساعدة المنظار المجرى الكهربي يمكننا تمييز الألياف العضلية باحمرار لونها وذلك مخالف للدوائر المكونة من ألياف نسبية فانها بيضاء وفي قاع المجرى أكثر مما في سقفه .

لا يوجد ضيق عادة في الجزء الغشائي للمجرى ولكن قد تلتهم غدة أو أكثر من غدد لتر في هذا الجزء تكون فتحة قنوياتها في الجزء الاسفنجي من المجرى ويعرف ذلك غالبا بواسطة المنظار المجرى الكهربي أما المحسات فقد يتعسر إدخالها .

تشنج العضلة العاصرة للمجرى

قد يحدث أحيانا أن نتوهم وجود ضيق في القسم البصيلي للمجرى ونأخذ في معالجته ولا تكون الحالة سوى تشنج شديد للعضلة العاصرة ولكن إذا فحصنا المجرى بدقة بواسطة المنظار المجرى الكهربائي أمكننا معرفة ذلك بسهولة ووفونا على المريض ألم العلاج .

وأحيانا تتكون بعض بلورات من الفوسفات بعضها فوق بعض داخل المجرى على سطح الغشاء المخاطي للمرضى الذين أصيبوا بكثرة الفوسفات في البول لمدة طويلة وينتج من ذلك خصوصاً في المرضى الذين سبق إصابتهم بمرض البيلان وجود ضيق كاذب يسهل معرفته باستعمال المنظار المجرى الكهربائي وفي مثل هذه الأحوال يحسن إعطاء المريض من الباطن ما يأتي :

حمض القسفور المخفف	...	...	...	...	...	٥	نقط
حمض تروا أدر و كلوريك المخفف	...	...	...	...	...	٥	»
صبغة جوزة الطيب	...	...	...	...	...	٥	»
روح الكلوروفورم	...	...	...	...	...	١٠	»
نقيع الجنتيانا المركب	...	...	...	...	...	٣٠	جراما

ثلاث جرعات في اليوم .

قد نتسع فتحة غدة كوبر من الخلف فيدخل المجرى فيها عوضاً عن أن يستمر في المجرى فيتوهم إذ ذاك وجود ضيق وخصوصاً إذا استدرجنا

المجس الى الخارج قليلا ثم نرجعه فنصادف انقباضا شديدا عند العضلة العاصرة نظرا الى التلف الذى أحدثه المجس فتزيد اعتقادنا بوجود الضيق وقد رأى بعضهم تمزقا فى غدة كوبر نتيجة اجتهاد الطبيب فى إدخال المجس فى الضيق الموهوم .

توجد فتحة غدة كوبر فى قاع المجرى وقريبة من اتصال الجزء البصلي بالجزء الغشائى نخوفا من وقوعنا فى الخطأ يلزمنا الحرص على أن يكون المجس متجها لأعلى فى هذه النقطة .

الفصل السابع

الشرح والمضائق

شرح طبيعتها — علاجها — الآلات التي تستعمل في ذلك
 إن كلمة ضيق يستعملها الأطباء و يطلقونها على معان كثيرة يجب علينا
 تفسير ما يعنى منها في هذا الكتاب — فلفظة ضيق معناها : الانكماش ومن
 هنا أطلقت على كل ما يحدث باتولوجيا وتكون نتيجته تقايل سعة أى
 قناة في الجسم ، ولكن قد اختير هذا اللفظ للدلالة على ما يحدث في قناة
 مجرى البول ، كما يقصد به التعبير هنا عن أن المجرى أو جزءا منه صار غير
 قابل للتمدد والاتساع وصار فاقدا للمرونة .

وقد يفقد المجرى قوة تمدده تحت شروط خاصة مؤقتا . اتساع
 فراغ المجرى والتمدد مفقودان في حالة تشنج العضلات أو في حالة التهاب
 حاد ينتهى بالتصرف ، وقد يعسر بعض الأطباء عن مثل هذه الأحوال
 بالضيق التشنجى والمحتمن فالضيق حينئذ هو أن يكون جزء من المجرى
 غير قابل للتمدد والاتساع باستمرار أى أن هذا الجزء من المجرى فقد فعلا
 هذه الخاصية الطبيعية وعلى ذلك فقد نجد ما يأتى من الأنواع :

(٢) ضيق نتيجة حادثة خارجية كرفصة حصاة أو تمزق من أى سبب خارجى أو داخلى كادخال المنجسات والموسعات بطريقة غير فنية أو حقن مواد ملتهبة كالنبيذ وحمض الليمون أو محاولات أخرى مركزة أو قروح زهرية .

(٣) ضيق معدى وسببه تقريبا السيلان .

ومن دواعى الأسف أن يجد الطبيب المبتدئ كثيرا من الغموض فى استعمال هذه الكلمة فى الأحوال المعقدة وسأبذل جهدى فى التعبير عما يجب أن يفهم من ضيق المجرى .

فى ابتداء المرض نجد كثيرا من الأورام فى داخل المجرى نتيجة التغيرات الباتولوجية التى يحدثها الالتهاب فيها ويطلق عليها الرشح الرخوى أو الضيق الرخوى ويلزمنا معرفة أن الرشح الرخوى هو الدرجة الأولى وأما الضيق الرخوى فلا يحصل إلا متأخرا جدا . فلا يمكن حينئذ استعمال الاصطلاحين للتعبير عن معنى واحد فالضيق الرخوى منشؤه الرشح الرخوى ، وفى الضيق الرخوى تتحول الأنسجة الى ألياف قوية وينشأ بعد ذلك الضيق الليفى أو الضيق الصلب .

ويمكننا أن نفهم والحالة هذه أن الضيق المعدى أو السيلانى له أربع درجات :

- (١) الرشح الرخوى ، (٢) الضيق الرخوى ، (٣) الضيق الليفى ،
- (٤) الضيق الصلب الليفى .

النتائج المحزنة

ثم إنه أحيانا لا يكون الضيق ذا بال وكثيرا ما يكون سببا في إعاقة أو منع البول من الخروج فينشأ عن ذلك تمدد في المجرى خلف الضيق مضاعف في بعض الأحوال برشح بولي في الأنسجة حوله وتمدد في المثانة والحالبين والكيتين فيكون عندنا جملة من المضاعفات كالتهاب مثاني والتهاب حالي والتهاب في حوض الكلة ، وقد تنتج أيضا فتقا أوربيا في جانب أو فتقا مزدوجا ، وأن وجود المرض بهذه المضاعفات قد ينسى المريض إصابته الأولى بالسيلان .

مواضع الضيق السيلاني

من حسن الحظ أن الضيق السيلاني أكثر وقوعا في الجزء البصيلي وبلى ذلك الجزء الاسفنجي على مسافة السبعة أو الثمانية سنتيمترات من الصماخ ، وقد يحدث أحيانا في الجزء الغشائي للمجرى ونرى غالبا أن تكاثف الأنسجة الليفية حول الغشاء المخاطي المبطن للمجرى متناسب مع وفرة الأنسجة التي تمت الغشاء المخاطي نفسه وهذا متوفر جدا في الجزء البصيلي ، ويندر جدا حصول أي ضيق ليفي في الجزء البروستاتي وهذا لا يمنع تكاثف الأنسجة الليفية حول البروستاتة المصابة بالتهاب السيلاني المزمن ، وقد يصاب المريض بعوارض الالتهاب الليفى الدهنى للبروستاتة مع أن حالته تكون ضيقا ليفيا برقبة المثانة وما جاورها من الجزء البروستاتي .

متى يحصل الضيق السيلاني

قبل اختراع المنظار المجري الكهربي كانت الأطباء تعتبر حصول الضيق حينما تظهر له عوارض فقط كعاقبة التبول أو انحباس البول ، ولكننا الآن يمكننا معرفة الضيق قبل ذلك وغالبا لا يحصل ضيق ليفي صلب قبل مضي نحو ستة أشهر من تاريخ الإصابة .

باتولوجيا الضيق

يراجع الطبيب ما شرحناه في الفصل السادس ومن اللازم أيضا أن يمتزج نفسه على شكل المضايق داخل المجرى . ويلزمنا هنا التنبيه بأننا في الحالة الطبيعية نجد حائطي الجزء الأمامي للمجرى ملتصقين تماما في حالة عدم الاستعمال ولذا نرى ثنيات كثيرة للغشاء المخاطي قد تكون عرضة لالتهاب بالمخلفات الباثولوجية الناشئة عنه وتكون عوارض الضيق أكثر وضوحا مما اذا حصل الضيق في الجزء الخشائي حيث لا توجد هذه الثنيات .

تشخيص المضايق الرخوة

اذا لم نتمثل حالة الالتهاب المجري في القسم الأمامي للمجرى لاشفاء في بحر الأربعة الأسابيع الأولى يتوقع حصول مضاعفات ، وفي حالة إصابة الجزء الخلفي يتوقع حصولها بعد ستة أسابيع — فيمكننا حينئذ استعمال المنظار المجري الكهربي بحذر مع تخفيف استعمال الضغط بالهواء ولقد نشعر بأن المجري لا يمتد كما يجب وتكون إذ ذاك في حالة ابتداء

الترشيح الرخوى وأما إذا وجدنا ورما ذا لون أحمر داميا فوق سطح الغشاء المخاطي فهذا بلا شك ابتداء الضيق الرخوى .

علاج الرشح والضيق الرخوى

يحسن بالطبيب مراجعة الفصل الثانى فقد شرحنا به الآلات اللازمة لأجراء التوسيع مع كيفية استعمالها .

ثم إنه من الضرورى جدا تشخيص هذه المضايق فى ابتداء حدوثها لسهولة علاجها من جهة ولتوقى حدوث ما شرحناه من نتائجها المحزنة من جهة أخرى .

(١) إذا حصل الضيق فى الجزء الاسفنجى يلزم غسل المجرى بمحلول أوكسى سيانور الزئبق بنسبة $\frac{1}{100}$ ثم يدخل الطبيب مجسافصيرا أو مستقيا ويدلك المجرى حوله لمدة دقيقة أو أكثر ، ثم يسترد المجس ويفسل المجرى بمحلول برمنجانات البوتاسيوم بنسبة $\frac{1}{100}$ وتكرر هذه العملية مرة كل خمسة أيام ويسمح للمريض بعمل غسل مرتين فى اليوم من المحلول ذاته إما بواسطة حاقنة الحائط أو الحاقنة الصغيرة الاعتيادية وبعد ثلاث مرات أو أربع من الممكن ادخال موسع كوبلمان المستقيم المصحوب بالغسل كما سنوضح طريقة استعماله بعد .

(٢) أما إذا كان الضيق فى الجزء البصيلى فتستعمل المجسات المنحنية وغسل المجرى بجزأيه بمحلول أوكسى سيانور الزئبق بنسبة $\frac{1}{100}$ قبل إدخاله وحينئذ تمكن من إدخال المجس نمرة ٢٣ على المقياس الفونسى

أو نمرة ١٤ على المقياس الانكليزي يصير من الممكن استعمال موسع كولمان المنحني وفتحته تدريجيا لغاية درجة ٥٥ مرة كل خمسة أو سبعة أيام ، ولا يفوتنا دائما عند ما نشعر بشفاء الحالة أن نعزز ذلك باستعمال المنظار المجري الكهربائي .

تقسيم المضايق الصلبة أو اللينة

يشعر المريض بكثرة عدد مرات التبول بالنهار ، كما يشعر بأن قوة تيار اندفاع البول ليست كالمعتاد وربما يحتاج لمجهود أكثر لخروجه وقد يشعر المريض باللم بعد انتهاء التبول بدلا من شعوره بالراحة ، ومع أن كل هذه العوارض قد تحصل في أحوال وجود حصاة بالمثانة أو تضخم في البروستاتة ، فهي على الأقل ترشدنا لما يلزم عمله وهو التأكد من وجود ضيق من عدمه بواسطة ادخال المنظار المجري الكهربائي ، ومع الاعتراف بوجود تقسيمات كثيرة للمضايق فاني أكتفى بذكر التقسيم الأكثر شيوعا .

(١) الضيق الحاجزي أو المعطل ، وهو عبارة عن رشح خفيف في جزء من الدائرة المجرية ممتد من الأمام الى الخلف بارزا قليلا في داخل التجويف المجري ، وقد يشمل جزءا من الدائرة المجرية ويعرف بالشكل السرجي اذ يشبه شكله سرج الفرس على شكل هلالى أو تشمل الدائرة بأكملها ويعرف بالحلقي وقد يظهر بشكل غشاء مخاطى أبيض لا يقاوم ادخال المجسات أو الموسعات أو بشكل غشاء مخاطى صلب يقاوم بشدة ادخال أى نوع من الآلات .

(٢) الضيق النفق — وهو ضيق شامل لجميع الدائرة المجرية ممتدا نحواً من الخمسة سنتيمترات طولاً ومحاطاً بأنسجة ليفية صلبة وقد تكون فتحة متناسبة نوعاً ما مع اتساع فتحة المجرى الطبيعي و تكون ضيقة لا تسمح بإدخال السنبلة ، أو بين بين وفي الأحوال القديمة العهد قد تتصلب الألياف فتصبح كالغضروف ومن الممكن جسيها من الظاهر ولا نجد أى فائدة فى مثل هذه الحالة من استعمال الموسعات وإنما نشير على المريض بعمل العملية الجراحية .

علاج المضايق الصلبة أو اللايفية

الضيق فى الجزء البصيلى — ليتصور القارئ أن نتيجة الفحص بالمنظار المجرى الكهربي أدت الى وجود ضيق حاقى مررن ذى فتحة ضئيلة .

أول خطوة يؤمر المريض بالتبول ويغسل المجرى بقسميه بمحلول أوكسى سيانور الزئبق بنسبة ١:١٠ تاركاً المئانة ممتلئة من المحلول ثم تدخل قسطرة صمغية ملوثة بالزيت نمرة ٣ مثلاً (القياس الفرنسى) أو أى نمرة يمكن مرورها بالضيق فإذا لم يمكن إدخالها فتتخبط واحدة أقل سمكاً منها فإذا تم مرورها نقيها مدة دقيقتين ثم نباشر إدخال قسطين أو ثلاث من التى تليها فى النمر وبقاء كل واحدة من دقيقتين الى خمس ثم السماح للمريض بالتبول ما كان مخزونا من السائل ثم يؤمر بالراحة التامة لمدة ما ويعطى أقراص اليروتروبين بمقدار نصف جرام

في القرص الواحد ثلاثة دفعات في اليوم ولا بأس من إخبار المريض بأنه ربما يجد إفرازا أو ألما وقت التبول أو دما يصحب البول عقب هذه العملية فلا يعيره التفاتا ، ولكن اذا كان التزيف كبيرا فلا يسمح للمريض بترك العيادة قبل إيقافه واذا كان غزيرا فيدخل المستشفى .

الخطوة الثانية :

اذا أمكننا بالتدرج إدخال قسطرة صمغية نمرة ١٨ فنبدأ بعدئذ بالمجسات الحديدية بنمرة ١٨ (القياس الفرنسى) أو نمرة ٧ (القياس الانجليزى) بنفس الطريقة التى شرحناها فى الخطوة الأولى .

الخطوة الثالثة :

اذا أمكننا ادخال المجس الحديدى نمرة ٢٤ بالقياس الفرنسى أو نمرة ١٥ بالقياس الانجليزى فنبدأ بعدئذ بادخال موسع كولمن المنحنى .



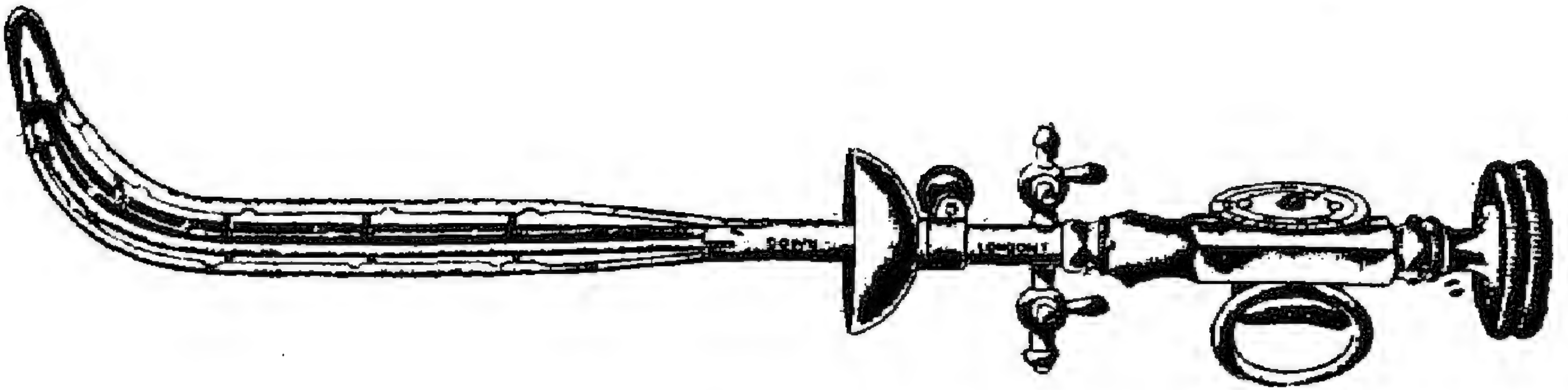
(شكل ١٠) مجس من الحديد متوسط الانحناء .



(شكل ١١) مجس من الحديد قليل الانحناء .

طريقة استعمال موسع كولمن

يدخل موسع كولمن المعقم المقفل داخل المجرى لغاية الجزء البصيلي حافظا زاوية ٤٥ درجة مع المريض المستلقي على ظهره ثم يبدأ بتحريك اللولب بخفة ومهارة حتى نتباعد سلوك الموسع عن بعضها تدريجيا حتى اذا ما وجدنا بعض المقاومة مثلا عند درجة ٢٥ نوقف التحريك لأن الغرض هو الحصول على أكثر ما يمكن من التوسيع دون إحداث أى نزيف أو ضرر فاذا حدث نزيف نقفل الموسع ثم نُسحبه للخارج ونغسل المجرى أما اذا شعر المريض بالألم فيرجع اللولب للخلف لكي نتقارب سلوك الموسع قليلا .



(شكل ١٢) موسع كولمن المنحنى

وهناك نقطتان ضروريتان :

(١) شعور المريض بالألم .

(ب) دقة إحساس الطبيب في العمل . ويحسن دائما أن يعول الطبيب على إحساسه لا على إحساس المريض لدرجة ما لأن شعور المرضى وعصبيتهم يختلف بعضها عن بعض كثيرا هذا مع استعمال

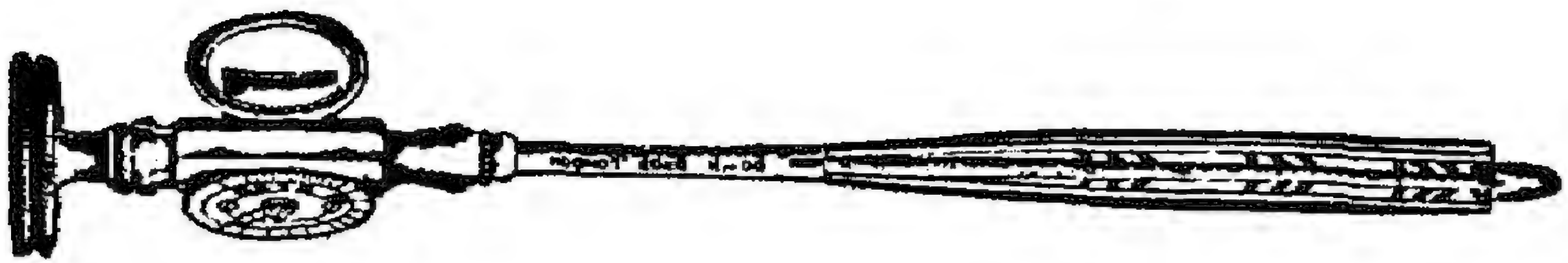
أقل ما يمكن من الضغط بواسطة حركة اللولب ، وكثرة التمرن عادة توجد عند الطبيب وفي نفسه الثقة التامة والشعور الكافي ليدرك أكثر ما يمكن من درجة التوسع دون إحداث أى ضرر ويمكننا تحديد الجزء البصيلي لغاية ٤٥ ملليمترا وتزيد ذلك مرة كل أسبوع بمقدار ثلاثة الى خمسة ملليمترات وأخيرا نفحص المريض بالمنظار المجرى الكهربائى قبل إقرار شفائه وعلى العموم يمكننا أن نقول : إن استعمال موسعات كولمن فى أيدي الأطباء المهرة توجب الرضا وأنها بلا شك اذا حصل إهمال فى استعمالها توجب نتائج محزنة .

علاج الضيق اللينى (الصلاب) فى الجزء الاسفنجى لقناة مجرى البول .
جميع الخطوات التى ذكرت فى علاج ضيق الجزء البصيلى هى بعينها التى تستعمل لضيق الجزء الاسفنجى مع تعديلات كثيرة .

الخطوة الأولى — القساطر الصمغية .

الخطوة الثانية — المجسات الحديدية .

تستعمل المجسات الحديدية المستقيمة عوضا عن المنحنية وكذا أنايب المنظار المجرى الكهربائى تكون مستقيمة .



(شكل ١٣) موسع كولمن المستقيم

الخطوة الثالثة — موسعات كولن — تستعمل الموسعات المستقيمة وتدخل حتى الجزء البصيلي .

ان استعمال المخدر الموضعي قبل إدخال موسعات كولن أو المجسات الحديدية أمر متروك لفطنة الطبيب ونفسية المريض ولكن على العموم لا ننصح الأطباء بالالتجاء إليها كقاعدة عامة .

إدخال المجسات

لا توجد قاعدة لإدخال المجسات سوى أن الطبيب المبتدئ يجب عليه أن يعمل ما يشره بنفسه من عمل طيب حاذق ويحسن له أن يستعملها مرات تحت مباشرة الطبيب الحاذق وغنى عن البيان أن يكون الطبيب المبتدئ ملماً كل الإلمام بالصفة التشريحية للجري والبروستاتة والمثانة .

ملحوظات يجب مراعاتها عند إدخال القساطر الصمغية أو المجسات الحديدية في الحالات الصعبة :

- (١) يحسن استعمال الغسل بمحلول ساخن لدرجة يتحمها المريض بسهولة فإن ذلك يقال من حدوث تشنجات للعضلة العاصرة .
- (٢) يحقن أحيانا بمقدار سبعة سنتيمترات مكعبة من محلول النوفوكين بنسبة ٢ ٪ فإن ذلك يقاوم تشنج العضلة .
- (٣) يدهن المجس بزيت الخروع أو وسائل البارولين قبل إدخاله .

- (٤) يحسن ثنى القسطرة الصمغية ودفعها بقوة بسيطة عند إدخالها ثم تحرك حركة مستديرة مع الدفع الى الداخل .
- (٥) يوجه دائماً طرف القسطرة أو المحبس الى سقف المجرى .

تحذيرات واقتراحات للمبتدئ

نذكر هنا بعض النقاط التي يجب الالتفات اليها .

- (١) نذكر دائماً أنت إدخال أى آلة للمريض لأول مرة داخل المجرى أمر خطير فليس علينا مسئولية حالة الجهاز البسولى فقط بل ربما كانت علينا مسئولية حياة المريض أيضاً .

- (٢) لا تدخل قسطرة أو محبس قبل غسل المجرى بمحلول أو كسبى سيانور الزئبق بنسبة ١:١٠٠ لتطهير المجرى بالطريقة المزدوجة وهى إدخال السائل وانحراجه ، وأن ذلك يقلل بلا شك نسبة تعرض المريض لمضاعفات هو فى غنى عنها مثل التهاب المثانة .

- (٣) لا تحققن بالكوكابين فى المجرى فقد يحدث وفاة .

- (٤) يلزم المريض بالضيق المجرى أن يعود طبيبه مرة كل ستة أشهر أو كل تسعة حتى إذا لزم الحال لإعادة التوسيع يمكننا عماله فى الوقت المناسب ، ثم يكرر الزيارة لطيبه بعد سنة لزيادة التأكد من شفائه .

الآلات المستعملة للتوسيع

الآلات المستعملة للتوسيع ثلاثة أنواع :

(١) القساطر الصمغية المرنة ،

(٢) المجسات الحديدية ،

(٣) موسعات كولن .

(١) القساطر الصمغية المرنة مصنوعة عادة من الحرير المغطى بطبقة صمغية وشكلها مدبب من الطرف المثقوب من جانبه وتزداد سمكا تدريجيا لجهة الطرف الآخر وهي مقسمة حسب سمكها من ١ الى ٢٤ بالقياس الفرنسي ولا يلزمنا هنا أكثر من مرة ١٦ وتستعمل في الخطوة الأولى عند ابتداء توسيع المضيق ، وتحتاج الى اعتناء شديد لحفظها معقمة فبعد الاستعمال يحسن غسلها بالماء العادي ثم وضعها في ماء مغلي مدة دقيقة ثم تحفظ في اسطوانات زجاجية مغطاة وبها محلول مخفف من الفورمالين خاصة لغرض المذكور ، وقد اخترعت جهازات كثيرة بأشكال مختلفة لغرض المذكور . منها جهاز مركب من أربع أو خمس صواني مقسمة كل منها الى أقسام صغيرة تسع واحدة فقط وعليها نمرتها حيث يسهل أخذها بسرعة ويوضع في قاع الجهاز أقراص من الفورمالين ثم يوضع الجهاز فوق مصباح صغير من الكؤل فيتبخر الفورمالين ولتعميم

القساطر يخاره ، ويمكن استعمال هذه القساطر بعد مضي ست ساعات الى أربع وعشرين ساعة .

المجسات الحديدية — أنواع كثيرة ومقسمة بالقياس الفرنسى أقساما مختلفة وانما الذى نحتاج اليه منها هو ما بين ١٦ الى ٣٨ ويحسن أن يشتري مجس بنيك لأنه أقرب المجسات موافقة لتشريح المجرى وهو يعقم بالماء المغلى كالمعتاد .

القساطر والمجسات — أنواعها وقياسها

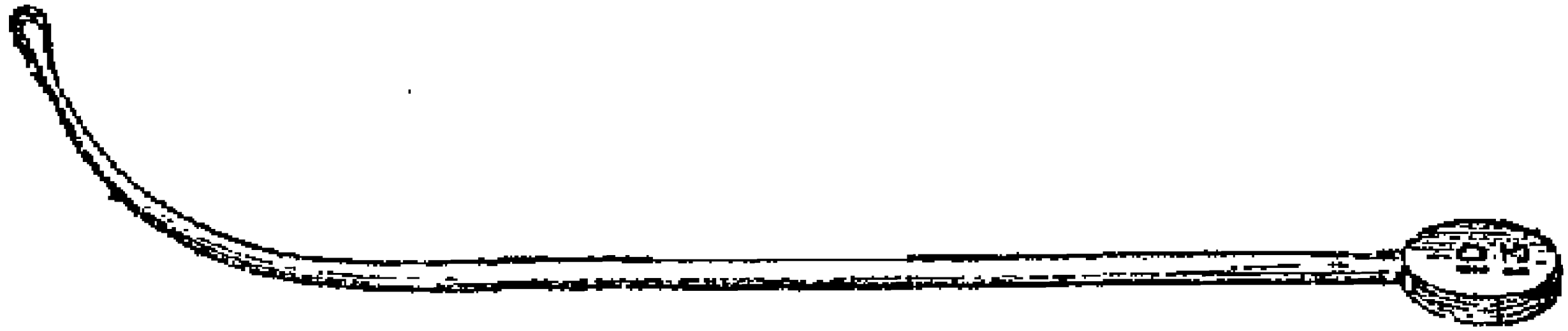
القساطر والمجسات أنواع كثيرة ويرجح أن الأنواع التى يعتادها الطبيب هى نفس الأنواع التى يرتاح اليها وغالبا تكون هى التى تستعمل فى المستشفى الذى نشأ فى أحضانه .

أهم أنواع المجسات هى : (١) بنيك ، (٢) لستر ، (٣) بكستون .
(١) بنيك — يمتاز هذا النوع بانحنائه المتوافق تماما مع انحناء المجرى وبسمكه المتدرج مع نمرة وبذا يسهل إدخاله وهو منمر من نمرة ١٤ الى نمرة ٣٠ بالقياس الفرنسى .



(شكل ١٤) موسع بنيك

(ب) لستر — يمتاز هذا النوع بعدم توافق سمكي طرفيه التدريجي وهو مقرر بالقياس الانكليزي ولذا كان له فائدة في الاستعمال .



(شكل ١٥) موسع لستر

بكستون — (شكل ١٦) مقياسه انكليزي وسمكه متدرج في كل طوله غير أن انحناءه يختلف قليلا عن سابقيه .



(شكل ١٦) موسع بكستون

المقياس والمقياس — هناك اختلاف بين من جهة الأنواع والمقياس وكثيرا ما نرى النوع الواحد مصنوعا على حسب القياسين الفرنسي والانكليزي ، ولكن أغلبها من القياس الأول وكل نمرة أصغر من التي تليها بـ $\frac{1}{4}$ مليمتر . أما القياس الانكليزي فمعروف بقياس ديز وهو قياس اصطلاحى يرجع الى زمن بعيد ، ولكن يجب على الطبيب معرفة هذه الأقيسة لانتخاب ما يلزمه منها كما أنه يجب أن يعرف ما يتعادل من كل قياس مع الآخر ولا توجد قاعدة بين القياسين ولكن الجدول الآتى يسهل معرفة القياسين :

الفرنسي :

٣٠ ٢٨ ٢٧ ٢٦ ٢٥ ٢٣ ٢١ ٢٠ ١٨ ١٧ ١٥ ١٤ ١٢ ١٠ ٩ ٨ ٦ ٥

الانكليزي :

١٨ ١٧ ١٦ ١٥ ١٤ ١٣ ١٢ ١١ ١٠ ٩ ٨ ٧ ٦ ٥ ٤ ٣ ٢ ١

(ج) موسعات كولمن شكلي ١٢ و ١٣ أنواع كثيرة - منها الموسع

المستقيم والموسع المنحني .

يشتمل الموسع على ساق حديدي أحد أطرافه كشكل البصيلة الصغيرة ومكون من أربعة أسلاك يعبر عنها بالأسلحة وبالأطراف الآخر عجلة عند ما تحرك لتباعد الأسلحة بعضها عن بعض بما يعادل نمرة ٢٢ الى نمرة ٤٥ من القياس الفرنسي، وموضوع بداخل الساق بطريقة خاصة أنبوبة لها صنبوران بعيدان عن الساق بحيث يمكننا ادخال السائل الدافئ للغسل من صنبور وانخراجه من الآخر وقت اجراء التوسيع والأولى متصلة بحاقنة الحائط وبها السائل متصلة بعضها ببعض بواسطة أنبوبة من المطاط والثانية متصلة بأنبوبة الى دلو ليحمل السائل بعد الغسل، وبذلك يتمدد الغشاء المخاطي ويتمدد المجرى نفسه الى أكبر واتساع ممكن وتطرد جميع متخلفات المجرى (من خيوط أو إفراز أو غيره) مع الغسل .

الموسع المستقيم مع جهاز للغسل يستعمل لتوسيع القسم الأمامي للمجرى (شكل ١٣) .

الموسع المنحني أو المقوس مع جهاز الغسل يستعمل لتوسيع الضيق في الجزء البصيلي أو فيما يليه من أجزاء المجرى (شكل ١٢) .

حفظ موسعات كولن

تغلى موسعات كولن بعد الاستعمال وأصلحتها متباعدة الى حذها الأقصى ثم تنشف جيدا بفوطة معقمة ويستحسن وضع قليل من البارواين عند العجلة لسهولة التحريك ، ويحسن أيضا غليها قبل الاستعمال مدة دقيقة أو اثنتين للتأكد ، ويشير بعضهم بتركها بعد تعقيمها في محلول مخفف من الليزول يتجدد كل يوم مرة .

الفصل الثامن

مقياس الشفاء

مما تقدم يعلم أن علاج السيلا ن يحتاج الى حذق ومهارة من جهة الطبيب ومواظبة ومثابرة عظيمنتين من جهة المريض ، وكلاهما ينتظر بفروغ صبر نتيجة عملهما ، وهو اختفاء جميع العوارض ظاهريّة وغيرها والحصول على الشفاء والتحقّق من ذلك عملياً ولا يغيب عنا أن حياة المريض وسعادته وحظّه هي في كفة الميزان وأن الطبيب هو الذي بيده هذه السعادة وهذا الحظّ المستقبلي ومن هنا تفهم مسؤولية الأطباء وهل المريض يمكنه العودة الى حياته الاعتيادية ومباشرة الجماع ؟ ويتربّ على هذه الكلمة مستقبل آلاف من السيدات والرجال وحظهم الاجتماعي فاذا أهملنا فحص المريض وأخبرناه بالشفاء فلا بد أن نتسرب العدوى منه الى زوجته وغيرها من النساء غير المتزوجات نعم قد يحدث مثل ذلك في مرض الزهري ولكن لا أبالغ اذا قلت إن على حصول شفاء مرض السيلا ن تتوقف زيادة النسل ونمو وتقدم الأمم .

فالعلاج الناقص أو صرف المريض قبل التأكد تماماً من شفائه ربما استوجب ذلك هلاك المريض وهلاك أناس آخرين ، ولا يتصوّر العقل الربح الذي يعود على الأمة في صحتها من فائدة النحوص الواقى للتأكد من

شفاء كل مريض بالسيلان فضلا عن أنه يوفر على المريض النفقات اللازمة مستقبلا لا تمام شفائه وأيضا نفقات علاج الذين خانهم الحظ ونقلت اليهم العدوى منه ، ولو عملنا إحصاء عدد الساعات والأيام التي يقطعها كل فرد عن عمله لمباشرة العلاج لوجدنا أنها تقوم بأود كثير من المحتاجين وغيرهم وهذا بلا شك ربح للأمة .

ضرورة اتخاذ أقوى مقياس للشفاء

قد يخبر بعضهم المريض بأنه شفى بمجرد زوال الإفراز ولا يخفى ما في هذا من السخافة وقد يستند الآخر باستعمال أقصى الوسائل الفنية لمعرفة شفاء المريض لضرورة الزواج ، ويستعمل بعضهم وسائل بين الحالتين : الإهمال والتدقيق .

فلو استعملت كل الوسائل الشديدة مع كل مريض بالسيلان لمعرفة شفائه من عدمه لو فرنا على أنفسنا المصائب التي تتبع عادة سخافة الاخبار المتسرع بالشفاء ، ولأنجل تقدير هذه المسألة حق قدرها بقصد حمل الأمة على الاجتهاد في التشدد للحصول على ميزان أوفى لدرجة الشفاء نذكر المسألة الآتية وهي إحدى المسائل اليومية بين أيدينا ونعتد إنموذجا صحيحا لحالة المرضى البؤساء .

رجل مريض بالسيلان عولج وقرر طبيبه له الشفاء تحت الأحوال الاعتيادية وبعد مدة تختلف من شهر الى عدة سنين تزوج الرجل مع العلم بأنه في كل هذه المدة لم يعرض نفسه مطلقا للعدوى ، ولكن بعد

الزواج بمدة وجيزة وجد نفسه أنه لا يزال مريضاً بالمرض القديم ومن هذا تولد المصائب وذلك أنه يعلم حق العلم بأنه شفى تماماً مما كان أصابه وهو على يقين أيضاً من أنه لم يأت عملاً يوجب عدوى جديدة فليس أمامه والحالة هذه سوى فكرة واحدة وهي أن العدوى جاءت من الزوجة التي يتهمها بأنها كيت كيت

وأما الزوجة فهي على يقين من حصانة نفسها فكيف يكون مركز الاثنين معاً ؟ ! ويتبع ذلك بطبيعة الحال الفراق وما فيه من الاتهام والاغراء والنفقات وعدم توافق العيشة الزوجية بل وحراب البيت فياهل ترى ما تفسر ذلك ؟ إنه بلا شك مؤلم ومحزن أن مقياس الشفاء الأولى كان قياساً سطحياً وبطبيعة الحال كان غير واف فكل ما عمل هو البحث عن الجونوكوك الذى اختبأ فى الحويصلة المنوية غالباً وظهر من مخبئه لمناسبة التهييج والاجتهاد الشديد الذى يحصل عادة فى شهر العسل بخفاء هدية من الزوج لزوجته ويألفها من هدية فظيعة وهي متهمة فى الوقت نفسه بأنها هي التي قدّمتها لزوجها فلو فرضنا أن الطبيب كان قد أتعب نفسه قليلاً وفحص إفرازات الحويصلة لما حصلت هذه المصيبة . ولا بأس من الإشارة الى المضاعفات التي قد تنجم عند السيدة من التهاب الصديدي فى البوق — من العقم — والروماتزم السيالاني الدوري — وحالة الضعف والفكر وتأثر الأعصاب بنتيجة هذه الأمراض ولا يخفى أن نصف أمراض النساء ناشئ عن السيالان فلا بد لنا والحالة هذه من استخدام أحسن الوسائل الممكنة لتقرير حالة الشفاء باطمئنان لتفادي كل هذه الزايا .

يلزم فحص مرضى السيلان فحصا مستفيضا ليعلم الشفاء منه .
ومما لا شك فيه أن بعض الأطباء الإخصائيين يفحصون مرضاهم
فحصا وافيا قبل الاخبار لهم بالشفاء ، ولا شك أيضا أنه يوجد بين الأطباء
من لا يتعب نفسه في إجراء الفحص المعقول ولذا نرى أنه من ألزم
اللزوميات أن يفحص المريض المتزوج أو الأعزب الذي يريد الزواج
فحصا دقيقا فيفحص الحرجى والهروستاتة والحويصلات قبل السماح له
بمباشرة الاختلاط الجماعى ، وقد يعامل الأعزب الذى لا يريد الزواج
معاملة استثنائية (معاملة المجاملة) بعدم فحصه الفحص الوافى
ولماذا ؟ ! ولماذا أيضا يشدد فى الفحص على الرجل المتزوج ؟ نعم
إنه من أجل زوجته نعم إنه خوفا عليها من أن تصاب بالتهاب البوق
الصديدى ولكن أليس من العجيب ألا نقدر حصول الأمر نفسه لنساء
كثيرات نتيجة نقل العدوى اليهن من هذا الشخص الأعزب الذى
تھاونا فى الاخبار له بالشفاء سواء كانت هذه النساء أبكارا أم كن متزوجات
أو غير متزوجات ، وأنت ترى أن هذا هو أكثر خطورة فى نظر المجتمع
الانسانى من نقل العدوى الى الزوجة فقط فالفحص الوافى واجب للمتزوج
لصيانة زوجته وللاعزب لصيانة المجتمع ، وأرى أنه يجب إجراء الفحص
الوافى القانونى ، ولا يلتفت لكون الشخص متزوجا أو أعزب ولا لكون
الإصابة كانت شديدة أو خفيفة وإلا نترك بذورا لنقل العدوى لكل من
كان وحيثما اتفق — ولنذكر دائما بأن التشدد فى الحصول على الشفاء
الوافى يقلل فى نسبة المصابين وبعبارة أخرى يزيد فى عدد السكان والعمار

ويزيد السعادة لتلك النساء المحرومات من الحصول على نسل سعيد لهم
ولوطنهم قد يحتاج اليهم الوطن يوما ما .

ونرجو القارئ مراجعة الفصل الخامس الذى به الشرح الوافى للتحقق
من الشفاء ، وطبعاً إجراء الفحص بالمنظار الجرى الكهربائى لمعرفة :

- (١) الضيق الميضى أو الرخوى أو الرشح . (٢) البصيلات
المعدية . (٣) الصنط داخل الجرى . (٤) أى شىء غير طبيعى
من جهة الوراثة .

ويلزم فحص الجرى من الظاهر باليد أثناء وجود المنظار الجرى
فى داخلها للتحقق من عدم وجود أى رشح صلب موضعى بها ، وفحص
القنويات التى حول الصماخ وعلى الأخص فى الأحوال التى يكون فيها
تشويه وراثى فى خلقة الجرى ، ولا بد من فحص العجان جيداً .

وربما يعترض علينا بعضهم بطول مسألة الفحص واستغراقها لزمان
كبير فى العيادة السرية الاعتيادية فلا نكذب اذا قلنا : ان هذه العيادة
ماخلقت إلا لذلك فلا عذر يمكن قبوله لاهمال إجراء هذا الفحص الدقيق .

المرضى الذين عرضوا أنفسهم للفحص

قبيل الزواج بوقت قصير

قد يحضر الينا بعض المرضى للتحقق من شفائهم قبيل ليلة الزفاف
بأيام قلائل ولا شك أننا تحت مسؤولية مزدوجة عظمى وهى المحافظة على

مستقبل الزوجة وصيانتها من العدوى وعدم وضع الزوج في مركز حرج ربما يؤدي به الى المصائب . فيلزم الايضاح للمريض بأنه يجب أن يخضع لاجراءات الفحص اللازمة ويتبع الأوامر التي تقضى بها نتيجة هذا الفحص ولا يقبل منه العذر بأن الوقت غير كاف ولا يسمح له بذلك وفي هذه الحالة يجب على الطبيب التنحى عن إجراء ما يطلب منه فقد يحصل أحيانا أن يشتبه المريض في حالة الحويصلة هل هي متهبة وبها سائل معد لا يمكن استخراجه للفحص أو أن بها أنسجة ليفية نتيجة تغيير التهاب قديم لا ينتج عنه أى ضرر فع قصر الزمن المسموح منه لا يمكننا عمل مسؤولية البت في النتيجة وفي مثل هذه الحالة يطلب الطبيب عمل استشارة للاشتراك في تحمل المسؤولية أو التنحى الكلى من إبداء أى رأى يوجب مسؤولية فالشفقة على الزوج من تخرج مركزه ربما أدت لحياة أبدية تعسة لهذا الزوج نفسه .

القسم الثالث

السيالات عند النساء

مقدمة

السيالات (معروف عند النساء العاهرات باسم الميه) كان يعتبر فيما مضى كنتيجة برد بسيط والآن أصبح معروفا بأنه مرض أعظم انتشارا مما يظن وعلى جانب عظيم من الأهمية التي لا تقتصر على المصاب به فقط بل لتعداه الى الوطن بأكمله . السيالات من أهم أسباب فقد النظر (العمى) والمعمى وهو سبب في أغلب العمليات التي تلزم حكم أمراض النساء فضلا عن أنه من ضمن الأسباب المهمة في اعتلال صحة المرأة ولا ينكر أحد من الذين يباشرون العيادات السرية شدة وطأة هذا المرض وصعوبة شفاؤه في النساء على العموم وعند الأطفال على الأخص وكثيرا ما يعلق الأطباء آمالا كبيرة على بعض الأدوية المستحدثة التي أذاعها ورفعها أصحابها بالاعلانات الى السماء حتى اذا مضى عليها الوقت ماتت من نفسها لأنه لا يمضي وقت كبير على استعمالها حتى تقابل بالنكسة أو بعدم الحصول على الشفاء ومن

هنا يتضح صعوبة السير المنتظم في العيادات السرية لمعالجة هذه الأمراض فهل يا ترى هذه الأحوال التي انتكست هي نكسة حقيقية أو عدوى من جديد؟ ليس لهذا السؤال من جواب ولنترك هذه الصعوبات جانباً مؤقتاً ونتكلم على المرض نفسه .

السيلان عبارة عن التهاب الأغشية المخاطية وهو مسبب عن الجونوكوك الذي استكشفه العلامة نيمر سنة ١٨٧٩ . ومن السهل جداً للبحث عنه ورؤيته بالجمهور بواسطة تلوين الإفراز بحلول المتين الأزرق أو بطريقة جرام فهو في شكل حبة البن المزدوجة ولا يقبل تلوين جرام ويوجد مجتمعاً في الخلايا الصديدية على شكل أكواب .

دور الحضانة عادة ثلاثة أيام وقد يمتد إلى ثلاثة أسابيع ولكن يشذ ظهوره بعد هذه المدة ، وقد تكون مهاجمة المرض للمريض بسيطة جداً حتى أنه ربما لا تفكر فيها المريضة وفي الأحوال الأخرى تكون وطأة المرض شديدة تجبر المريضة على الحضور للعيادة وهو مرض سهل الشفاء ظاهرياً ولكن حقيقة شفائه لا تتحقق إلا بعد عناء طويل وبطبيعة الحال كلما تأخر المريض عن الحضور للعيادة كلما كان صعباً في شفائه وفي مثل هذه الأحوال قد يطرأ على فكرنا بعض الأسئلة مثلاً هل الزواج مباح؟ هل الحياة الزوجية ترجع لأصلها بعد هذا المرض مع العلم بأن النكسة ربما تحصل بعد مضي أشهر من تاريخ إعلان الشفاء ؟

ومن البديهي أن يكون مقياس الشفاء لهذه الأحوال على غاية من الدقة والحذر لئلا يكون سبباً في مصيبة تحصل لأناس أبرياء أحترموا آراءنا

فيجب والحالة هذه أن يكون هناك مقياس عام للشفاء ونبتعه كل الأطباء وإلا كانت الرزايا الناشئة عن ذلك أكثر من حسنات العلاج .

وفي الوقت الذي قد يعتبر بعض الأطباء فيه أن في فحص الإفراز بالمجهر مرة واحدة ضمانا كافيا للشفاء ومن المسلم به نظريا أنه إن لم تتخذ إجراءات خاصة قبل أخذ مثل من الإفراز في أسطوان السيالان المزمن توجد صعوبات كثيرة في إيجاد الجونوكوك حتى بعد اتخاذ ما يلزم من هذه الإجراءات ولم نجد الجونوكوك مع وجود بعض إفراز صديدي موضعي ويلزمنا الحيلة في إعلان القرار .

وإذا فحصت الأمثلة المأخوذة بعد الإجراءات الخاصة وخصوصا قبيل وقت الحيض أو عند انتهائه ولم نجد بها أي جونوكوك أو كرات صديدية فيكون هناك أمل بأن المريضة قد حصلت على الشفاء وإذا كررنا الفحص دفعتين أو ثلاث دفعات مع فحص الدم على نظرية وازرمان للجونوكوك وكانت النتائج سلبية يقوى أملنا بالشفاء التام . ومن هنا يتضح أن الشغل في العيادات السرية ممل ومتعب ولكنه لا يخلو من اللذة وعلى الطبيب أيضا معالجة الحالة النفسية عند المرضى وتخفيف الصدمة العصبية التي تحصل عند الشباب الذين أخذوا المرض لأول مرة وتشجيعهم للثابرة والصبر والحضور للعيادة حتى يتم لهم الشفاء المنشود .

الفصل الأول

التشريح

يحسن هنا أن نذكر قليلا مما يلزم عن الصفة التشريحية لأعضاء تناسل النساء قبل البدء في الكلام على المرض نفسه وهي فتحة المهبل — قناة مجرى البول — المهبل — الرحم ومعلقاته .

الفرج ويشمل جبل الزهرة والشفرين الكبيرين والشفرين الصغيرين وما بينهما من الثنايا وهي البظر وفتحة قناة مجرى البول وفتحة المهبل نفسه وغدد بارت .

الشفران الكبيران هما الحدود الخارجية للفرج ويتهيان من أعلى والأمام بجبل الزهرة ومن أسفل بالفتحة الشرجية .

الشفران الصغيران هما في داخل الشفرين الكبيرين وأصغر منهما حجما وفي مصر يستأصلان مع جزء صغير من البظر قبل سن المراهقة ويتهيان من أعلى بالبظر وهو عضو صغير حساس من البقايا في النساء يعادل القضيب عند الرجال أما غدد بارت فهما غدتان كل واحدة منهما بداخل شفر كبير ولها فتحة صغيرة على سطح الغشاء المبطن للشفر الصغير وهاتان الفتحتان متصلتان بقناتين ومتجهتان إلى الخلف والداخل وأسفل .

قناة مجرى البول عند النساء يبلغ طولها نحو ثلاثة سنتيمترات وعرضها نحو سبعة ملليمترات متجهة الى أسفل والأمام وراء العانة وفتحتها الخارجية هي أسفل البظر وبين الشفرين الصغيرين بحيث أن جدارها السفلى ملاصق تماما للجدار العلوي للمهبل وهي سهلة التمدد ولا تمثل وظيفة العضلة العاصرة بها من كثرة التمدد ان جدارى قناة مجرى البول دائما أبدا على تمام الالتصاق إلا وقت التبول وهما مبطنتان بغشاء مخاطى وبهما فتحات كثيرة لغدد المخاط خصوصا عند فتحتها الخارجية . أما قنوات إسكين فتفتح داخل قناة مجرى البول وعلى بعد نحو ثلاثة ملليمترات من الفتحة الظاهرية بحيث اذا كانت فتحة القناة ملتهبة وشنتها مفتوحتين يمكننا رؤية فتحات قنوات إسكين من الظاهر وهذه القنوات غائرة تحت الغشاء المخاطى والمسافة ٢ سنتيمتر تقريبا واتساعها يسمح بدخول إبرة صغيرة من التى تستعمل فى الحقن تحت الجلد .

المهبل ممتد مقوس يصل عنق الرحم بالفتحة الخارجية للمهبل التى تكون مغطاة بغشاء يسمى غشاء البكارة عند العذارى يبلغ طول المتر المذكور نحو عشرة الى اثني عشر سنتيمتر تقريبا . أما عنق الرحم فهى بارزة فى الجزء الداخلى منه ومقسمة إياه الى أربعة أقسام : التجويف الأمامى ، والخلفى ، والتجويف الجانبى اليسارى ، واليمينى ، فالتجويف الخلفى هو أكثر اتساعا من التجويف الأمامى وممر المهبل المغطى بالغشاء المخاطى يفرز إفرازا حمضيا ومن المسلم به أن مهبل الأطفال يسهل نقل العدوى اليه نظرا لرقة الغشاء فيه عما هو فى البالغة فى سن المراهقة فما فوق .

غشاء البكاري له أشكال مختلفة فاما أن يكون ساذجا تماما فتحة المهبل وإما أن يكون تقريبا في حكم العدم . أما بعد تمزقها فتبقى (الزوائد الآسية) .

الرحم يقع ما بين المثانة والمستقيم وهو مقسم الى ثلاثة أقسام :
القاع ، والجسم ، والعنق . ويبلغ طوله نحو سبعة سنتيمترات وعرضه نحو خمسة وسبعة نحو ٢.٥ سنتيمتر وشكله كشكل الكمثرى وقاعه متجه الى أعلى والأمام وعنقه الى أسفل والخلف وهو عادة مثنى الى الأمام قليلا .
ويغطي الرحم من الخارج بالغشاء البريتوني الذي يمتد من الأمام لحافة العنق ومن الخلف يمتد حول القاع والجسم والجزء العنقي للمهبل حتى التجويف المهبلي الخلفي وتجد فتحتي قناتي فأنوب على جانبي قاع الرحم عند اتصال القاع بالجسم .

أما جسم الرحم فهو عريض من أعلى ضيق من أسفل عند اتصاله بالعنق وهو محدب السطح خصوصا من الجهة الخلفية ومبطن بغشاء مخاطي يعطى إفرازا قلويا .

عنق الرحم يبلغ طولها نحو ٢.٥ من السنتيمترات وجزؤها الأسفل بارز في المهبل .

القناة العنقية نصل المهبل بجسم الرحم .

العنق الظاهرة مغطاة بغشاء مخاطي من نوع الغشاء المبطن للمهبل وبه قنوات عديدة لتصريف إفراز الغدد .

بوقا فالوب يبلغ طول الواحد منهما أحد عشر سنتيمترا تقريبا وهما متصلان بقاع الرحم من الجانبين . أما للطرف الخارجى للبوق فيمتد نحو سنتيمترين فيما بعد المبيض وله فتحة صغيرة محاطة بشرفة ويتصل بالمبيض الموجود أسفل البوق والى الداخل عنه قطر البوق مختلف فهو عند الفتحة الرحية أضيق من الفتحة المبيضية ومبطن من الداخل بغشاء مخاطى .

المبيض

المبيض موجود بين جانب الحوض والرحم فى المثلث المبيضى الواقع فيما بين الشريان الحرقفى الوحشى والشريان الحرقفى الأئسى قريبا من الحالب .

أما الدورة الشهرية لأعضاء تناسل المرأة فموزعة كالتالى :

الفرج	الغدد الأوربية وقليل من الغدد الحوضية .
القسم الخارجى من المهبل	الغدد الأوربية السطحية .
« المتوسط من المهبل	الغدد التى فى جدار البطن .
« الأعلى من المهبل	الغدد الحرقفية الوحشية .
عنق الرحم	الغدد التى عند تفرع الشريان الحرقفى المشترك .
جسم الرحم	الغدد القطنية والأوربية والأوعية الأوربية التى فى الرباط المبروم .
بوق فالوب والمبيض ...	الغدد القطنية .

الفصل الثاني

السيلان كما نشاهده في العيادة السرية

تزور المرأة العيادة السرية لأحد الأسباب الآتية :

- (١) الخوف من احتمال عدواها بالمرض .
- (٢) ارادة التحقق من تمام شفاؤها من مرض السيلان بعد انتهاء دور العلاج وعلى الأخص الاطمئنان لقرب زواجها .
- (٣) يرسلها زوجها الذي أخذ المرض للتحقق من إصابتها أو عدم الإصابة .
- (٤) لقد سمعت وقرأت كثيرا عن مرض السيلان ودائما عندها (ميه بيضه) إفراز أبيض فتود الاطمئنان .
- (٥) أرسلها طبيب أمراض النساء للتحقق من نظافتها قبل إجراء عملية .

فأصعب هذه الأحوال هي الثانية والثالثة .

وكل ما هو مطلوب في الحالة الثانية هو التحقق من الشفاء للزواج فعلى الفارئ مراجعة الفصل الثامن من الجزء الثانى والجزء الخامس .
وأما فى الثالث فنجد الزوج يتهم زوجته بأنها أعطته المرض (وربما كان على حق فى دعواه) ولا يخفى ما فى تهمة أحدهما بنقل العدوى من المجازفة ومحال علينا محاولة تفهيمهما ذلك .

ويحسن عند سماع الشكوى أن نلاحظ ما يأتي :

- (١) مدة المرض .
- (٢) عوارض التبول .
- (٣) العوارض الناشئة وقت الحيض كالآلم . كثرة النزف الخ .
- مما يشير الى احتمال إصابة بوقى فالوب أو المبيضين .
- (٤) حالة العقم — العقم الذى وجد بعد ولادة ولد واحد يشير عادة الى مرض البوقين .
- (٥) الافراز من المستقيم إذ ربما نقلت اليه العدوى وهذا أمر كثير الوقوع على غير ما يظن .

تشكو المريضة بالسيلان عادة مما يأتي :

- (١) إفراز مهبلى آخذ فى الازدياد ويكون حديثا ذا لون أصفر وذا رائحة كريهة وربما كان ذلك لأول مرة لتذكرها المريضة فى حياتها .
- (٢) كثرة التبول مع حصول ألم وحرقات شديد وقت التبول (زى الحربة) .
- (٣) ورم مؤلم فى الفرج — تخرج فى غدد يارت الذى يجعل المريضة تشكو عدم قدرتها على الجلوس إلا على ألية واحدة وهى السليمة .
- (٤) ورم مؤلم فى الغدد الأوربية .
- (٥) ألم فى المفاصل .



التم ب ميلا في مجرى حاد — التهاب غده بارث — صنف تناسلي .

يحسن عند فحص المريضة أن تنصح بخلع ملابسها لكي يتيسر لنا فحص أعضاء التناسل وجدار البطن وحالة المبيض والبوق وتنام على منضدة كما تعمل عملية الخصوة .

ثم تفحص البطن لمشاهدة ما يوجد به غير طبيعي — إعاقة في حركة التنفس أو وجود ألم وقت التنفس في موضع ما ثم تؤمر بإبعاد فخذيها عن بعضهما ليتيسر مشاهدة الفرج حيث نبحث عن الأشياء الآتية :

(أ) عوارض التهابية في الفرج أو في أحد أجزائه .

(ب) بقع صغيرة لامعة متباعدة عن بعضها فهي علامة أكيدة لوجود مرض السيلان .

(ج) إحمرار خفيف في قناة غدة بارت فلو أدخلنا السبابة داخل المهبل فيما وراء الشفر قليلا وضغطنا على الشفر قليلا ربما نجد نقطة صفراء بارزة من فتحة قناة بارت وبفحصها بالمجهر يوجد الجونوكوك على الأرجح .

(د) فإذا تصادف انسداد هذه الفتحة كنتيجة للالتهاب الموجود يتكون في الحال ورم في الجهة التي بها الغدة ويتحول الى خراج غدي .

(هـ) التهاب في قناة مجرى البول — وهي مضاعفة كثيرة الحصول جدا في أحوال السيلان .

(و) إفراز من قناة مجرى البول أو من قنوات اسكين أو من القنوات حول المجرى .

فإذا ضغطنا بأصبع السبابة الداخل في المهبل خلف المجرى فقد نجد إفرازاً من المجرى ذاته أو من قناة اسكين أو نشاهد عوارض الالتهاب بالمجرى نفسه وقبل ادخال السبابة يلزمنا التحقق من حالة غشاء البكارة ففي حالة وجودها سليمة يغلب على الظن أن العدوى لم تنقل إلى المهبل (ولو أنه لا يوجد مانع من ذلك) وعلى العموم توجد أحوال يكون المهبل فيها سليماً ولذا يلزمنا أن نظهر ظواهر الفرج جيداً قبل فحص المهبل وقد نشاهد في أحوال أخرى التهاباً شديداً في الفرج بحيث يصعب علينا جداً ادخال أى شيء كمنظار مثلاً في المهبل ما لم يسبب ألماً شديداً وتساخات سطحية في الغشاء المخاطي وهذا ما يجب تجنبه في أحوال السيلان والأوفق أن نبدأ بعلاج حالة التهاب الفرج الظاهرية قبل البدء في فحص المهبل .

ويحسن أن نأخذ دائماً أمثلة من الإفراز على شرائح من الزجاج لفحص بالمجهر وفي أنابيب للزرع من قناة مجرى البول ومن فتحتى غدتى بارت حيث نجد الجونوكوكك خصوصاً في الأحوال المصابة من زمن بعيد ولا يمكننا فحص المهبل قبل تطهير الفرج بمحلول برمنجانات البوتاسيوم بنسبة $\frac{1}{4000}$

ولكن إذا وجدنا عند مشاهدة جدار البطن ما يوجب الاشتباه في إصابة البوق أو المبيض يلزمنا إجراء فحصها باليد للتأكد من الحالة قبل ادخال أى منظار في المهبل .

فحص المهبل والعنق

يلزمنا دهن المنظار قبل وضعه بالفازلين بسخاء وإبعاد الشفرين عن بعضهما باليد وملاحظة عدم وجود أى شعور (إن كان موجوداً) في طريق المنظار حيث نتفادى بذلك كثيراً من المضايقات التي تزيد الحرج والخوف عند المريض على أنه يمكننا اجتنابها ، ويسهل دفع المنظار في المهبل الى الجهة الخلفية (جهة المستقيم) حيث تكون أقل شعوراً من الجهة الأمامية (جوة قناة مجرى البول) التي يزيد إحساسها خصوصاً في حالة التهابها من الإصابة ونجته بعد ادخال المنظار في ملاحظة حالة الغشاء المخاطي ووجود الإفراز ولونه — وجود البقع الحمراء كالتى شاهدناها في التخرج — وجود تسليخات — قرح — صنت — الح وأخيراً حالة العنق خصوصاً .

(١) كمية ولون الإفراز الخارج منه .

(٢) وجود تسليخ — قرح أو تمزق .

(٣) أورام مثل الصنت — بوليبيوس — أو ورم خبيث .

(١) ان لون الإفراز السيلاني لبنى في مبدئه ثم يتحول تدريجياً الى اللون الأصفر المخضر ملوثاً بالمالابس بهذا اللون ويسبب أكالانا في بعض الأحيان ، وفي حالة الإزمان يصير الإفراز كالفراء .

في الأحوال الطبيعية نجد إفرازاً مخاطياً من العنق ويتغير لونه بعد امتزاجه بالإفراز المهبلى وقد نرى إفرازاً ممثلاً لإفراز السيلان ولكنه مسبب عن باشيلوس الكولون أو باشيلوس الدفتريا وللاآن نحتاج

لتجارب باتولوجية كثيرة للوقوف على أحوال ميكروبات أخرى قد توجد في المهبل ولا ندري من أحوالها الباتولوجية شيئا علميا يذكر .

وتحت تأثير العلاج يتغير لون الافراز وكميته حتى يصير طبيعيا وعادة لا توجد به كرات صديدية .

(ب) جميع التسلخات والتقرحات والقرحة الأولية الزهرية إن وجدت يجب معالجتها جيدا لأنها قد تأوى كثيرا من ميكروبات السيلان وتساعد كثيرا على تأخير زمن الشفاء .

(ج) قد نجد سبب الافراز الذى تشكو منه المرضى وجود سرطان فى العنق مثلا ، أو أورام مكوّنة من الصنط التناسلى فى كل جدران المهبل والعنق — وجود بوليبيوس بسيط أيضا — كل ذلك يحتاج الى علاجه الخاص .

ولا بد من فحص حالة الرحم والمبيضين والبوق والتأكد من أن حالتهم طبيعية أو غير ذلك (وذلك طبعاً بإدخال أصبع أو أصبعى اليد اليمنى فى المهبل والجلس باليد اليسرى من الظاهر فوق جدار البطن) فنجد العنق متجهها الى الخلف والأسفل وعلى شكل طرف الأنف وباستعمال ضغط بسيط فوق العانة باليد اليسرى مع تثبيت اليد اليمنى فوق العنق من الداخل نجسد جسم الرحم ما بين اليدين يتحرك بحرية الى جميع الجهات ويلزمنا التفهيم بأنه فى حالة ادخال الأصبعين يوضع السبابة فوق العنق وبوضع الوسطى فى الجيب الأمامى ولأجل فحص بوق فالوب والرباط العريض

نحرك الأصبع في داخل المهبل الى الجهة الوحشية مع تحريك اليد اليسرى على جدار البطن في نفس الجهة وبضغط قليل في نقطة تقابل اليد مع الأصبع نجد البوق والرباط العريض فيما بينهما خصوصا اذا كانت المريضة نحيفة انبساط فيظهر البوق كحبل ويصعب الحس به في المرضى السمان واذا اتجهت اليد اليسرى والأصبع قليلا أيضا الى الجهة الوحشية نحس بالمبيض بحجم صلب في حجم اللوزة الكبيرة ويمكن تحريكه بحرية فيما بين اليدين وقد يحدث قليل من الألم وقت ملامسته وقد يمكن جس الحالبين في المريض النحيف وذلك بتوجيه الأصبع الى سقف الجزء الخارجى من المهبل فنجدهما ملاصقين لقاع المثانة. أما الرباط فلا يمكننا جسّه إلا في أحوال مرضه ويمكننا جس الأربطة الرحمية العجزية اذا ضغطنا بالأصبع في الجهة الخلفية فيما بين العنق والعجز .

ويحس بالمستقيم اذا كان به بعض المواد البرازية وقد تلبس هذه المواد المتحجرة علينا بالمبيض في بعض الأحيان ولكن من السهل جدا عدم الوقوع في هذا الالتباس .

وقد يلزم في بعض الأحوال الفحص من جهة المهبل والمستقيم معا أو من المستقيم وجدار البطن معا (في حالة وجود غشاء البكارة) لمعرفة حالة الجهاز التناسلى ومن حسن الحظ أنه في الامكان تشخيص ذلك بدقة .

الفصل الثالث

علاج السيالان عند النساء

ينقسم علاج السيالان عند النساء الى ثلاثة أقسام :

- (١) العلاج العام .
- (٢) العلاج الموضعي .
- (١) علاج في العيادة .
- (ب) علاج في المنزل .
- (٣) العلاج بالفاكسين .

(١) العلاج العام

الغذاء — تمنع (البهارات — التوابل) والخمر والقهوة والشاي
ويسمح بقليل من اللحوم البيضاء فقط مع كثير من الخضراوات والمواد
النشوية والفواكه والابن .

الراحة — الراحة ضرورية جدا للمريضة بالسيالان خصوصا
في الأحوال الحادة فيحسن بها ملازمة الفراش بغاية ما تسمح به الأحوال
وعلى العموم تمنع كل الرياضة والأشغال المنزلية والوقوف الممل والجماع .

(٢) العلاج الموضعي

تختلف كثيرا طريقة علاج السيلان عند النساء في مختلف العيادات فتختلف في استعمال المحلولات المختلفة كما تختلف أيضا في أنواعها ، ولنشرح الطريقة الاعتيادية المتبعة في علاج الأحوال الحادة نوعا وكذلك علاج المضاعفات على حدتها فنقول يمسح الفرج بقطعة من القطن مبتلة بمحلول حمض البكريك ٥٠ ٪ في الجلسرين (محلول حمض البكريك عبارة عن حمض بكريك بنسبة ١ ٪ مذاب في الماء) بشرط ألا يترك شيئا من المحلول على الأغشية ثم ندخل المنظار ونمسح تجويف المهبل والعتق ونزيل ما عليها من الإفراز بقطعة من القطن ويمكن إزالة الإفراز المتجمد بقطعة مبتلة من ماء الأوكسيجين أو محلول البوتاسيوم البكاوي بنسبة ١ ٪ ومتى أزيل الإفراز يمس العنق وقناته بمحلول حمض البكريك بإضافة كما تمسح جدران المهبل جميعها من نفس المحلول مع تحريك المنظار عن موضعه قليلا لأجل مس كل جزء من جدرانه ولا داعي مطلقا إلى ترك أى كمية من هذا المحلول داخل تجويف المهبل وفي النهاية تمس قناة مجرى البول أيضا بهذا المحلول نفسه بعد التبول ويمكن استعمال أحد المحلولات الآتية للمس أيضا — بروتارجول ١٠ ٪ أرجيول ١٠ ٪ محلول اليوكالتيس في زيت الزيتون بنسبة ٤٠ ٪ وبعضهم يستعمل اللبن الزبادى بفناء بنتائج محسوسة فان لم يمكن المريضة الحضور يوميا يحسن استعمال "البوس" من عقاقير مختلفة مثل بروتارجول ١ ٪ أكتيول مع الجلسرين ١ ٪ إلى ٢ ٪ محلول حمض البكريك مع الجلسرين بنسبة

٣٠٠ الخ فتدخل المريضة اللبوس بنفسها وهي مستلقية على ظهرها وتنصح باستعمال حمامات بسيطة ساخنة للنصف الأسفل من الجسم أو مع برمنجانات البوتاسيوم بنسبة ١:١٠٠ مرتين يوميا .

وقد يحدث حمض الكريك بعض قشور في الغشاء المخاطي المبطن لجدران المهبل فيحسن أن يستبدل به محلول البروتارجول بنسبة ١:١٠٠ بصفة مس ولبوس مرتين أو ثلاث مرات في الأسبوع .

الغسل (الدوشات) — تختلف آراء الأطباء من جهة فوائد استعمال الغسل (الدوش) أو عدم استعمالها بالكيفية فإذا استعملت المريضة الغسل (الدوش) بنفسها تحت ضغط عال (أى أن حاقنة الحائط تبعد عن سطح المهبل نحو ثلاثة أمتار مثلا) لاشك أنه يحدث مضاعفات بامتداد المرض الى الأجزاء العلوية من الجهاز التناسلى .

إن فائدة الغسيل تنحصر فى تنظيف الإفراز وإزالة الموجود بالمهبل نعم يفيد الغسيل كثيرا إذا استعمل بواسطة ممرضة أو مريضة نبيهة، ويحسن أن تنصح المريضة باستعمال الغسيل (وذلك فى حالة امتداد العدوى للرحم والبوقين) وهى مستلقية على ظهرها ولا تعمل أكثر من نصف متر عن سطح المهبل ويكون المحلول ساخنا لدرجة يمكن أن تحملها المريضة ثم يوضع اللبوس بعد الانتهاء منه .

علاج الفاكسين — قد يفيد استعمال الفاكسين فى بعض الأحوال جدا ويجب ملاحظة مقدار الدواء وما يتبعه من رد الفعل بعد كل حقنة

لضبط مقدار الحقنة التي تأيها ويستعمل عادة الفاكسين المجهز وقد يستعمل الفاكسين المصنوع من الميكروبات التي في افراز المريض نفسه ويلزم التحقق جيدا قبل البدء بالعلاج به من إصابة الرحم وملحقاته بالمرض ولا عيب على الطبيب اذا أخذ برأى طبيب أمراض النساء للتحقق من ذلك ان وجد عنده بعض الشبه لأن إعطاء الحقن في حالة وجود المرض بالرحم وملحقاته يحدث رد فعل شديد مع نكسة موضعية شديدة الوطأة في الأعضاء المصابة . ويعالج هذا (اذا حصل) بأمر المريضة بتلازمة الفراش ، وعلى العموم يلزمنا البدء بمقدار صغير جدا لكي ندرس حالة رد الفعل على المريضة ، وتكرر الحقنة مع الزيادة في المقدار بعد أربعة أو خمسة أيام في حالة حصول رد فعل بسيط . وألا يزداد المقدار وتحقن بعد مضي أسبوع على الأقل في الأحوال التي يكون رد الفعل فيها شديدا .

نصائح وتعالجات تعطى للمرضى

يحسن تفهيم المرضى أن نقل العدوى يحصل بواسطة الجماع كما يحصل أيضا بطريق غير مباشر كالحمامات ومباسم الحاقنة والمراحيض القذرة والفوط والنوم في سرير واحد مع مريض (وذلك خاص بالأطفال غالبا) وكل ذلك خوفا من نقل العدوى للمريض نفسه لثاني مرة .

إن نقل الافراز والتلوث به هو الواسطة في نقل العدوى فاذا لم تغسل اليدين جيدا بالماء والصابون (ولا بأس من استعمال مطهر بعد ذلك أيضا)

فقد تنقل العدوى الى الأنف واللثة والأعين والشرح فمن الأنف قد يحدث انتقال العدوى في الغشاء السحائي في قاع المخ وتسبب نخرجا كما حصل لطبيب تحت ملاحظتي وعقبته الوفاة وفي اللثة يسبب ألما شديدا وصديدا ربما ينتج عنه وقوع الأسنان وفي العينين قد يسبب العمى وتجب زيادة الاحتراس في ملاحظة نظافة المراحيض بعد استعمالها واستعمال فوط خاصة للمريضة نفسها كما يجب ألا تسمح للأطفال بالنوم معها في فراش واحد (وذلك خوفا من نقل العدوى اذا ما ابتل غطاء الفرش من الافراز) — والجرح الشنيع هو السماح بالجماع لأي انسان وقت المرض .

الفصل الرابع

مضاعفات السيالان عند النساء وعلاجها

(١) خراج غدة بارت (بارتولينى)

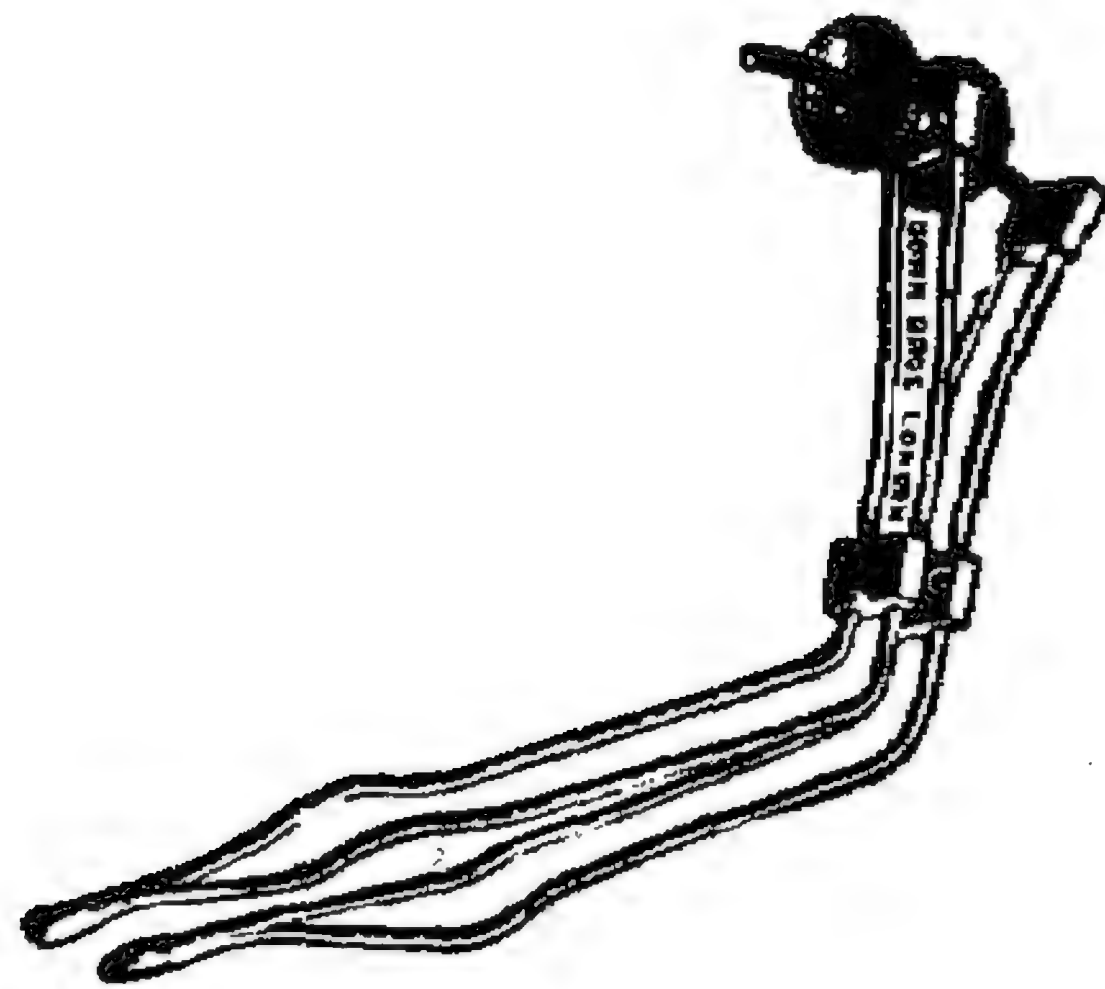
إن وجود خراج فى غدة بارت أمر كثير الوقوع وتنتقل الجونوكوك من فتحة قناة الغدة الى قناتها فيحدث بها التهاب فتسد مجراها فيصل الافراز الى الغدة ذاتها فيتكون الخراج ويستعمل بعض الأطباء استئصال هذا الكيس الصديدي ولكنى أجد هذه العملية أصعب بكثير من عملية شق الخراج واستعمال المطهرات كالكي بصبغة اليود أو محلول البروتاجول بنسبة $\frac{1}{10}$ واستعمال الحمام الساخن للصنف السفلى بمحلول برمنجانات البوتاسيوم بنسبة $\frac{1}{10}$ ويعمل هذا الشق تحت تأثير مخدر موضعى أو بدونه ويعقبه زوال الألم مباشرة ويحسن عمل الشق من الجهة الداخلة للشفر بدلا من سطح الجلد حيث يحدث تشويها نحن فى غنى عنه ويعمل تغيير يوميا على الجرح الى أن يلتئم .

(٢) عدوى قناة مجرى البول وقناة اسكين

والقناة حول المجرى

كثيرا ما نجد قناتى اسكين وقناتين حول المجرى وفتحات الفسدد الكثيرة التى فى قناة مجرى البول مصابة بالسيالان ويلزمنا دائما البحث

عنها للتحقق من سلامتها لأنها غالباً تكون سبباً لنكسة المرض من إهمالنا بحثها . وأما القنوات التي تفتح في المجرى فيمكن معاينتها بالمنظار المجرى . وقد نجد فتحة قناة مجرى البول ذات جدران ضخمة ومنقلبه للخارج ونرى



(شكل ١٧) المنظار المجرى للنساء (بازنل)

فتحة قناة إسكين بسهولة ويسهل عايناً معالجتها . وفي بعض الأحوال يحسن إتلاف هذه القنوات بالكى الكهربائى . وفي أحوال أخرى يمكننا غسل داخل هذه القنوات بواسطة إبرة صغيرة غالباً من التي تستعمل للحقن تحت الجلد . فتملاً الحاقنة بمحلول مطهر (كمحلول البروتارجول $\frac{1}{1}$ أو نترات الفضة $\frac{1}{2}$ الخ) ثم تدخل الإبرة في الفتحة وتغسل القناة . ويشفى الالتهاب المجرى بالعلاج المعتاد كالحقن بالمحلولات المطهرة المذكورة واستعمال الكى الكهربائى بمساعدة المنظار وقد يستعمل بعضهم أقلاماً صغيرة مركبة من البروتارجول أو نترات الفضة أو اليودوفورم ويتركها في المجرى حتى تذوب . ولكن لا تخلو هذه الطريقة من إحداث

التهاب في غشاء المجرى خصوصا اذا كانت الاصابة هي الأولى من نوعها ولذلك يلزم استعمال هذه الأقلام بحذر . وبطبيعة الحال يؤمر المريض بالتبول قبل استعمال أى دواء . وقد ينصح بعض الأطباء بغسل المثانة بمحلول برمنجانات البوتاسيوم بنسبة ١:١٠ أو ما يناسب ذلك من أصناف أخرى فتملأ المثانة ويسمح للمريض بالتبول أو يستعمل قسطرة لها طريقان : أحدهما لإدخال السائل . والثاني لإخراجه ، وقد يستعمل طريق تقطير المحلولات المركزة داخل المثانة والمجرى أيضا للعلاج ، وبالجراحة فكل عيادة لها (ما تسميه) اصطلاحا خاصا وأطباؤها مهرة في استعماله .

وعلى العموم يلزم التحقق من سلامة قناتي اسكين وذلك لئلا تكون سببا في نكسة المرض أو لنقل العدوى للرجل بعد الزواج أو سببا في الروماتزم الدورى .

إلتهاب المثانة

ان التهاب المثانة هو أقل حصولا في النساء منه في الرجال ، لأن مثانة المرأة المتلثة بولا لا تتعدى الى غيرها بخلاف مثانة الرجل فالقسم البروستاتى قد يكون جزءا منها عند امتلائها ، ولكن على حذر من إدخال أى قسطرة داخل المثانة قبل تطهير مجرى البول جيدا لئلا تنقل العدوى من المجرى الى المثانة . إن حالة الغشاء المبطن للمثانة لها ميزة خاصة طبيعية في مقاومة الجراثيم ، ولكن المثلث الذى في قاع المثانة والواقع بين الخالبين هو أول ما يصاب بالعدوى ويمكن رؤيته بالمنظار المجرى الكهربائى وهو

• التهاب وأحمر اللون ، أما عوارض الالتهاب المثاني فهي قليلة فقد يحصل ألم بسيط فوق العانة وتكثر مرات التبول مع الألم قليلا قرب الانتهاء منه وإذا أمرنا المريض بالتبول في كأسين (وذلك بعد تطهير الفرج من الظاهر وإزالة كل إفراز هناك) فقد نجد إفرازا صديديا في البول الذي بالكأس الأول فتأكد من وجود التهاب مجرى . وأما في الكأس الثاني فيكون مسببا عن إصابة المثانة نفسها ، ومن المؤكد أننا لو فحصنا هذا الصديد بالمجهر نجد الجونوكوك .

وتعالج هذه الحالة بغسل المثانة كما شرحنا في علاج التهاب مجرى البول ونصح بعضهم بإعطاء زيت الصندل من الباطن ، أو حمض الساليسليك أو سلسلات الصودا ، أو أروترويين ، أو أسيد ولامين الخ لتسكين المثانة وتطهيرها مع الإدرار في البول وذلك مع الإكثار من تعاطي السوائل وماء الشعير والغذاء الخفيف والأحوال المستعصية تعالج موضعيا بواسطة المنظار المثاني الكهربائي .

الالتهاب في حوض الكلبة

حدث وجود مرضى مصابين فعلا بالتهاب في حوض الكلبة ناشئ عن الجونوكوك ، فتعالج هذه الأحوال بالراحة التامة وتكون في العادة من اختصاص زميلنا الجراح لأن عوارض المرض لا تختلف مطلقا عن التهاب حوض الكلبة الناتج عن أسباب أخرى .

التهاب الفرج والتهاب المهبل الحاد

قد يصاب الفرج والمهبل بالتهاب حاد ، فيتورّم ويصير مؤلماً محترّ اللون ويخرج منه إفراز غزير فيحسن حينئذ أمر المريض بالراحة التامة وملازمة الفراش وعمل حمام ساخن نصفى من محلول برمنجانات البوتاسيوم بنسبة $\frac{1}{4}$ وعند ما تهدأ الحالة نواتي يحسن عمل لبوس من الأدوية المعتادة وقد أشار بعضهم باستعمال سلة مهبلية بخرقة مغموسة من محلول نترات الفضة المخفف .

التهاب العنق

كثيرا ما يحصل التهاب عنق أيضا — فنجد العنق محترّ اللون حبيبي الشكل يدمى بسهولة متورّما قليلا فيعالج بالمس بمحلول اليود الفنيكي ، أو محلول حمض البكريك مع الجلوسرين وقد يحصل تقرح في العنق ، فتحسن المواظبة على العلاج واستعمال لبوس الأكتيول والجلوسرين ، أو البروتارجول الخ ، فتزول عوارضه بسرعة وهي الألم في القطن والافراز .

التهاب الرحم

يندر وجود التهاب رحمى حاد ولكن الالتهاب الرحمى المزمن كثير الحصول — فعوارض الالتهاب الحاد هي — ارتفاع في الحرارة مصحوب بسرعة في النبض — ألم في القطن وفوق العانة وقد يصحب ذلك عوارض

في المثانة والمستقيم وبالفحص المهبلي نجد الرحم متضخما ومؤلمًا عند اللمس كما أن العنق يكون مائما ويخرج منه إفراز صديدي .

العلاج — ملازمة الفراش — عمل حمامات مهبلية ساخنة ولبوس من الأكتيول والجلسرين ، وإعطاء مسهل للمريض .

وبعد انقشاع الشكل الحاد يصبح الالتهاب مزمنًا وقد يلجأ بعضهم الى توسيع العنق في هذه الأحوال المزمنة وبذلك يتيسر لنا منع الالتهاب من مهاجمة البوقين . أما عمل الكحت للرحم فلا يخلو من المخاطرة فقد ينتج عنه التهاب البوق الصديدي . وفي حالة عمل الكحت يلزمنا سد الرحم بشاش منقوع في محلول يود الفنيك أو محلول البروتارجول بنسبة $\frac{10}{100}$ الى $\frac{2}{100}$ ويزال هذا السد في ثاني يوم للعملية .

إن الرأي الطبي ليس متفقاً على نتائج استعمال العلاج الكهربي فقد استعمل بعضهم تيارات قوية (عشرين مللي أمبير بقضيب نحاسي داخل جسم الرحم لمدة عشرين دقيقة مع أن استعمال ١٥ مللي أمبير لمدة خمس عشرة دقيقة مرتين في الأسبوع يكفي للحصول على نتائج سارة) كما أنه يمكن استعمال هذه التيارات الكهربية بقوة بسيطة (٣ — ٥ مللي أمبير لمدة عشر دقائق) في علاج التهاب مجرى البول .

التهاب البوق المبيض

يصاب المبيض في كل حالة يصاب فيها البوق تقريباً وقد يشكو المريض ألماً في أسفل جدار البطن من الجهة المقابلة للمبيض كما أنه يشكو

ألماً في القطن ، وقد ترتفع درجة الحرارة قليلاً عند المساء كما أنه تتغير مواعيد الحيض ويقل الزمن ما بين كل حيض وآخر كما تقل كميته أيضاً .
أما احتباس الحيض فنادر جداً ونجد عند الفحص ضخامة في البوق (وهو كالحبل) وألماً وضخامة في المبيض وينصح المريض بإلزامه الفراش واستعمال الحمامات الساخنة وقد يعطى بعضهم مقداراً قليلاً من الفاكسين بحقنة تحت الجلد أو في الوريد .

التهاب البوق الصديدي

قد يعقب الالتهاب البوقي المبيضى التهاب البوق الصديدي وفي هذه الحالة يشكو المريض من ارتفاع درجة الحرارة مع ألم في أسفل جدار البطن وصعوبة عند التبول أو التبرز وبالفحص نلاحظ أن حركات جدار البطن السفلى لا تنتظم مع التنفس وربما تبقى ثابتة ويوجد ألم عند اللمس وربما نجد ورماً في جهة البوق المتهاب وبإدخال الأصبع نجد الورم في حفرة دو جلاس في جهة أو جهتين على جانبي الرحم (حيث يكون الالتهاب عادة مزدوجاً) وقد تكون حالة المريضة سيئة لدرجة تجعلنا على عمل العملية المعجلة ، ولكن في أغلب الأحوال يمكننا انتظار هدوء العاصفة وتجمع الورم في جزء واحد محدد ثم يبدأ طبيب أمراض النساء بالعملية .

الالتهاب البريتوني

قد يمتد الالتهاب من البوق الى جزء البريتون المجاور له أو يشمل البريتون بأكمله ويكون التهاباً حاداً مصحوباً بارتفاع شديد في الحرارة

وزيادة في النبض وقيء وصعوبة في التبول والتبرز وألم شديد في جميع جدار البطن ، وبالفحص نجد عضلات البطن ثابتة وقت التنفس ، وربما لا يستقر رأينا على شيء بالفحص المهبلي ، وتعالج المريضة بما لزمته الفراش ووضع ضمادات (مكمّات) على البطن وعمل حمامات ساخنة في المهبل وإعطاء حقن الفاكسين بحرص زائد وقد يضطر أحيانا للعلاج الجراحي .

الحمل

قد تحمل المريضة بالسيالان ، وتحمل عادة في نفس الوقت الذي تصاب فيه بالعدوى ، وقد يزيد احتقان أعضاء التناسل الذي يصحب الحمل عادة في عوارض المرض . ومن المهم جدا اتخاذ كل الوسائل الممكنة لمداواة المرض قبل الوضع حيث تكون الأم عرضة لانتقال المرض لبقية أعضاء التناسل ، ويكون العلاج عادة بنفس الطريقة التي تتبع فيما لو كانت المريضة غير حامل غير أن مس العنق يكون دائما بحذر ، ولا يغرب عن البال أن الإفراز يكون غزيرا عند الحوامل نظرا لاحتقان أعضاء التناسل حيث يزول عادة بعد الوضع .

الصنط التناسلي

كثيرا ما يوجد الصنط التناسلي ولكن لا يكون لدينا دليل على أنه مسبب عن الحونوكوك نفسه وقد يكون ناشئا عن الالتهاب الغشائي المخاطي

الناتج عن ميكروبات أخرى وينتشر في أى عضو من أعضاء التناسل كالعانة والفرج والمهبل والعنق وقد يكون في حجم العدسة أو مكونا لأورام صلبة ذات عنق عند قاعدتها ورفيعة عند قممها سادة فتحة المهبل وممتدة الى الشرج ومنزودة بشرابين غزيرة ولذلك تدمى كثيرا وقت بترها وأن ذلك أكبر مميز لها عن اللطخ المخاطية التي تكون مفرطحة وذات قاعدة عريضة وقد يصحبها افراز ورائية كريهة ويحسن قصها بالمقص اذا كانت ذات حجم متوسط أو كبيرها بالغازات المشلوجة (ثاني اكسيد الكربون) اذا كانت ذات حجم ضخم أو كحتها بملعقة الكحت أما اذا كانت صغيرة وقليلة فيحسن استعمال الكي الموضعي بحمض الخليك أو حمض النريك أو تترات الزئبق الحمضية . ومن الضروري حماية الجلد الذي حولها عند استعمال السوائل الكاوية بدهنه بالفازلين ولكن ليس من الضروري استعمال مخدر موضعي في كل الأحوال (إلا في حالة الكحت فقد يلجأ لاستعمال مخدر عمومي) أما اذا كان النزف غزيرا عند استعمال الكحت فيحسن كي الموضع بحمض الخليك المخفف أو حمض الفنيك لمنعه ومن الضروري جدا استئصال كل صنطة موجودة لئلا تكون سببا في نكسة الصنط ثانيا فنفحص عن قناة مجرى البول والمهبل جيدا للتأكد من عدم وجود أى واحدة ، ويعمل تغيير يوميا بمرهم الراسب الأبيض أو البوريك من الظاهر . أما في المهبل فيحسن التغيير بمسحوق بسيط مركب من أجزاء متساوية من حمض بوريك وإكسيد الزنك والنشا ، وقد يضاف اليه مسحوق الزئبق المحلول بنسبة

المستقيم

يصاب المستقيم بمرض السيالان عند النساء بنسبة أكثر مما يظن فيشكو المريض بأكلان وألم في الشرج مع افراز ذى لون أصفر ورائحة كريهة ومن الضروري بحث السائل بالمجهر للتحقق من وجود الجونوكوك وتعالج بالغسل بمحلول برمنجانات البوتاسيوم واستعمال لبوس مستقيمي مركب من البرونارجول أو غيره بعد التبرز .

الفصل الرابع عشر

السيلان عند البنات (الأطفال)

تنتقل العدوى بالسيلان الى الأطفال كما تنتقل الى النساء فيمتد دور الحضانة من ثلاثة أيام الى أسبوعين ، وتنتقل العدوى للطفل بأحد الطرق الآتية :

(١) اللس المباشر وعند بعض العائمة فكرة وهي أن احتكاك القضييب المصاب بمرض السيلان بفرج الطفل قد يشفيه من المرض ولذا نجد بنات الأسرات المتوسطة حتى والطبقة العالية مصابات بهذا المرض من الخدم وقد تصاب الأطفال عند الولادة أيضا اذا كان مهبل الأم مريضا وفي هذه الحالة تصاب العينان أيضا (وهما أكثر عرضة للإصابة) وتكون الإصابة سببا في العمى .

العدوى غير المباشرة

تحدث من ملامسة طفل سليم للملابس الداخلية مبتلة بالافراز لمصاب بالسيلان فاذا نام الطفل في فراش مريض مصاب أو استعمل فوطا ملوثة من مريض مصاب أو دخل المرحاض بعد مصاب أو تنشف عقب التبول في نفس البقعة التي استعملها شخص مصاب فانه يعدى

بالمريض وابس من المدهش أن تكون الأم مصابة بالمرض حينما تعرض علينا طفلها المصاب .

العوارض

يشكو الطفل من تأكل وتساق في الفرج وألم وقت التبول وقد يصرخ الطفل من شدة الألم وبالفحص نجد الفرج متورما قليلا أحمر اللون (والشفيرين خاصة متلاصقين) وبفتحهما نجد إفرازا أصفر اللون ذا رائحة وفتحة قناة مجرى البول ملتهبة وربما نراها ملسدة بنقطة من الإفراز الأصفر ولندكر دائما أنه قد تحصل كل هذه العوارض في الأطفال من ميكروبات أخرى عقب عملية الختان والحى القرمزية والحصبة الخ فيلزمنا بحث الإفراز والتحقق من وجود الجوانوكوك قبل إعلان التشخيص للمريض ويندر ألاتمد العدوى للمهبل ونجد معظم الإفراز مندفعاً من فتحتة .

امتداد المرض

ليس للمهبل الأطفال قوة طبيعية شديدة تقاوم مهاجمة المرض له كما توجد عند النساء وسرعان ما تمتد العدوى الى العنق ويمكننا التحقق من ذلك في أوروبا (حيث لا يهتمهم وجود غشاء البكارة) بادخال منظار صغير كمنظار المجرى عند النساء ومشاهدته ومن حسن الحظ أن المرض لا يمتد بسهولة الى الرحم ومتعلقاته في الأطفال كما يحدث ذلك عند النساء ولكن لا يغيب عن بالنا أن امتداد العدوى للرحم ومتعلقاته قد تسبب

الوفاة عند الأطفال وقد تحتاج معالجة سيلان الأطفال في أوروبا وقتاً قصيراً بضعة أسابيع (وذلك لمداواته على طريقة مداواة النساء) كما أنه قد يستمر أشهراً إذا حصلت المضاعفات ولعلم أيضاً أن الأطفال الذين يصابون بالعدوى أثناء الولادة يكونون عرضة لجميع مضاعفات السيلان عند النساء كالروماتزم الدوري السيلاني والتسمم في الدم الذي تعقبه عادة الوفاة .

علاج السيلان عند الأطفال (البنات)

يتخصص العلاج في تهدئة روع الطفل وجذب محبته وثقته ثم المبادرة بالعلاج الموضعي إن العلاج الموضعي في أوروبا هو نفس العلاج المستعمل عند النساء وهو الغسل بمحلول برمنجنات البوتاسيوم والمس بمحلول البروتارجول وتترات الفضة الخ ، ولكن في مصر يهملهم جداً ترك غشاء البكارة سليماً ولذلك لا يمكننا مطلقاً إدخال أى منظار في المهبل وكل ما نعمله هو إدخال قسطرة من المطاط داخل المهبل وإيصالها بالحقنة التي يجب ألا تكون مرتفعة أكثر من نصف متر عن سطح الفرج ثم تقطير محلول من تترات الفضة أو البروتارجول داخل المهبل بواسطة القسطرة أيضاً وبعد مضي نحو الشهر يمكننا إرشاد الأم لعمل ذلك بالمنزل لأن العلاج يستغرق عادة بضعة أشهر باتباع هذه الطريقة .

وقد يحسن استعمال حقن من الفاكسين في بعض الأحوال كما تستعمل حقن من اللبن المعقم أو المستحضر المجهز تحت اسم (أولان) تحت

العضلات بمقدار نصف الى سنتيمتر مكعب واحد مرة كل ثلاثة أيام ،
وتمنع الأطفال من الوثب والجري بغاية الامكان ومن التعرض للرطوبة
ويكون الغذاء قليلا وصحيا ، ويلزم معالجة الأم أو الشخص الملازم
للطفل ان كان مصابا والتنبيه عايشه بغسل يديه ويدي الطفل أيضا جيدا
بالماء والصابون بعد التبول أو التبرز والتأكد من عدم وجود أطفال
مصابين بهذا المرض في صحبة الطفل المريض خوفا من نقل العدوى .

القسم الرابع

إصابة العين بالسيلان

الرمم الصديدي السيلاني في الأطفال — تنقل العدوى للطفل عادة بلامسة ملتحمة العين للرحم أو للمهبل وقت الولادة أو بواسطة أخرى بعد الولادة فقد شاهد بعضهم أطفالاً مولودين بالعملية القيصرية مصابين بالرمم الصديدي السيلاني وهذا يبرهن على أن العدوى نقلت من الرحم وعلى العموم فإن نحواً من السبعين في المائة من الإصابات تحصل بلامسة العين لحدار القناة العنقية أو أكماس المهبل ومن العشرين في المائة منها من ملامسة القوط المبتلة — الإسفنج — الأيدي — الخ، وتشاهد العوارض بعد مضي أربع وعشرين ساعة إلى خمسة أو ستة أيام بعد الولادة، وتكون الإصابة مزدوجة عادة أو تظهر في عين واحدة أولاً ثم تظهر في الأخرى وإذا ذلك توجد عندنا الفرصة للاجتهاد في منع الإصابة من التنقل للعين الأخرى وعلى الأرجح يذهب تعبداً سدي، وتصاب العين الأخرى .

تبدأ العوارض بظهور ورم في الجفن العلوي ويمتد بسرعة إلى ما جاوره مصحوباً بأفراز صديدي، وعند قلب الجفن نجد الملتحمة

مغطاة بغشاء أبيض كاذب ذي ميزة خاصة بالسيلان ويلاحظ أن جزء المتحمة الكاسي للعين هو أقل تأثراً من الجزء الخفي وأقل احتقاناً ، ويشاهد الحفن العلوى منتفخاً ومغطى بالحفن السفلى وصعب الانقلاب ، ويزول الورم بتأثير العلاج وكذا يقل الإفراز وتعود العين لطبيعتها غير أن التهاباً بسيطاً في المتحمة ربما يستمر شهوراً تحت العلاج ويتم ذلك كله فيما بين الأسبوعين والستة الأسابيع .

ان مضاعفات القرنية شديدة الوطأة وهي في الحقيقة ونفس الأمر المأساة في المرض .

فقدان الغشاء المغطى للقرنية — نشاهد بجزء غير لامع فوق سطح القرنية وقت المرض وربما أدى الى ثقب فيها .

عتامة القرنية — يشاهد رشح بالقرنية ونقط كثيفة مكونة لخراجات في أنسجتها .

الرشح في طرف الدائرة القرنية — قد ينتهي هذا الرشح بقرحة دائرية قد تؤدي الى تأكل في القرنية كلها .

الثقب — قد يضاعف أحد المضاعفات السابقة بثقب ينتهي بسحابة ملتصقة أو بزر قرني في الأحوال الحميدة أو بالتهاب جسم العين بأجمعه يعقبه ضمور في الأحوال الأخرى — يؤكد التشخيص بأخذ مثال (عينه) من إفراز العين وبحشه من أجل الجوانوكوكس .

الاحتياط لدرء المرض — تنصح الأم الحامل المريضة بالسيلان بالبقاء بالمستشفى قبل ميعاد الوضع بشهر على الأقل وتعالج كما شرحنا وعند

الوضع يظهر العتق والمهبل تطهيراً جيداً بدون الالتجاء الى المحلولات القوية لئلا تحدث التهاباً موضعياً قد تكون في غنى عنه وعند بروز الرأس تُمسح العينان بمحلول حمض البوريك الدافئ ويغسل جسم الطفل بعد الولادة مباشرة بالماء والصابون وينصح بغسل الوجه على حدة ثم غسل العينين بمحلول البوريك أيضاً وتقطر نقطة واحدة من محلول نترات الفضة بنسبة $\frac{1}{10}$ في كل عين — وقد يستعمل بعضهم محلول نترات الفضة بنسبة $\frac{2}{10}$ وقد يحدث هذه النسبة التهاباً لمدة يومين أو ثلاثة بعد الولادة .

ونؤكد بأنه لو استعملت هذه الاحتياطات بدقة لشادينا من ظهور مرض السيلان بالعين ولكن مع الأسف أننا نهملها دائماً فلا نعجب اذا من ازدياد نسبة العمى في بلادنا .

العلاج — يلزم غسل العين بكمية وافرة من محلول البوريك بنسبة $\frac{2}{10}$ — محلول السالينى $\frac{1}{10}$ — محلول برمنجانات البوتاسيوم $\frac{1}{10}$ — محلول اكسى سيانور الزئبق $\frac{1}{10}$ أو أى مطهر آخر — ويلزم أن يكون ماء الغسل على درجة ١٠٠ ف وبواسطة محقنة الحائط مع عدم استعمال المحقنة الصغيرة المعتادة ويكرر الغسل مرة في كل ساعة ليل نهار وفي كل مرة تراعى إزالة الافراز جيداً وتقلب الجفون مرتين يومياً وتمس بمحلول نترات الفضة بنسبة $\frac{1}{10}$ وهذا بيد الجونوكوك الموجود على سطح الجفن وقد تحسن إزالة راسب نترات الفضة الزائدة بمحلول

مليحي بواسطة الطبيب نفسه أو ممرضة وإن لم تسمح الحالة فيستبدل به محلول البروتارجول بنسبة $\frac{1}{100}$ - أرجيرون بنسبة $\frac{25}{100}$ ثلاث دفعات يوميا ولا يتوقع حدوث أى ضرر للعين من استعمال هذه المحلولات مع العلم بأنه لا دواء أحسن من نترات الفضة في هذه الحالة ويلزمنا الالتجاء لها إن لم نجد تحسينا بينا من استعمال المحلولات الأخرى وبهذه الطريقة تشفى جميع الأحوال التى تعرض علينا في بداية المرض شفاء تاما ولكن قد تبقى سخابة بسيطة فوق القرنية وإذا اعتري المريض بعض ارتفاع في الحرارة فيحسن استعمال مكمدات مثلوجة على العين أما إذا ظهر تقرح في القرنية فيلزم تقطير محلول الأتروبين بنسبة $\frac{2}{100}$ مرة كل يوم مع الاستمرار على العلاج السابق لأنه يمنع لوقت ما التهاب الحدقة أو قذفها للخارج .

إن قذف (طلوع) الحدقة أمر يستوجب العناية فإذا قذف جزء صغير منها فربما ساعد على عدم امتداد الالتهاب إلى الداخل أما إذا قذف جزء كبير منها فهناك الفرصة لامتداد الالتهاب للغرفة الأمامية فالمسألة لطبيب الرمد هي :

هل يترك القذف البسيط للحدقة ليئتم من نفسه ؟ وهل تعمل عملية جراحية في حالة القذف الكبير للحدقة ؟

وفي كلتا الحالتين يا ترى ماذا تكون النتيجة هل تنتهى الحالة بسخابة بسيطة أو سخابة ملتصقة بالقرنية أو بزر بسيط أو بزر بارز ؟ إن التجارب برهنت في حالة حضور المريض في بدء الإصابة أن كل شيء

يتمى على ما يرام بدون مضاعفات لأن نسبة حالات تقرح القرنية عند الأطفال أقل بكثير من الذين هم فى سن المراهقة .

التهاب الملتحمة السيلاني فى سن المراهقة — يحدث ذلك كنتيجة عدوى موضعية مباشرة (كما قد يحدث من إهمال المصاب بالسيلان لنفسه) أو بواسطة المورية وتكون نتيجة حسن الجوفوكوك بواسطة الدم (فى الدورة الدموية) فى الملتحمة نفسها ومن حسن الحظ أنه مع كثرة عدد مرضى السيلان يندر جداً إصابة الملتحمة به سواء بالعدوى المباشرة أو العدوى المورية .

إن عوارض الإصابة فى سن المراهقة هى نفس العوارض التى تحدث فى إصابات الأطفال غير أنها عادة تكون فى عين واحدة ويحدث الثقب بنسبة أكبر وتتمى عادة بما لا يسر .

التشخيص — إن محور التشخيص ينحصر فى إيجاد الجونوك فى الإفراز تحت المجهر — فانتفاخ الجفون وشكل الملتحمة المتهب لا يمكن أن ينسأ الرمذى بعد رؤيته مرة واحدة فالألم والانتفاخ وتعب (غللة) العين يتساو ذلك الإفراز الصندى ثم يبدأ بالانحلال فيقل الإفراز وانتفاخ الجفون غير أنها تبقى متقلبة مع قليل من الورم .

وقد يتضاعف المرض بنفس المضاعفات التى تحصل للأطفال ولا شك أنها تكون أشد وطأة فى سن المراهقة فتتقرح القرنية وتثقب وتقذف الخدقة للخارج مع التهابها فى هذه الحالة وقد يحدث التهاب فى جميع أنسجة العين يتمى بها الى الضمور .

العلاج — يعالج بطريقة علاج المرض عند الأطفال تماماً فتغسل العين ثلاث مرات أو أربعة يوميا بمحلول برمنجانات البوتاسيوم المخفف بنسبة $\frac{1}{100}$ أو محلول السليمان بنسبة $\frac{1}{100}$ أو ماء البوريك — ولوجود الورم في الأجفان يحسن استعمال المبادئ للأجفان في وقت الغسل وينصح المريض بإزالة الإفراز عند التقاء الجفون كلما تكون بإسفنجة مبتسلة من محلول السليمان بين أوقات الغسل وبما أن تقرح القرنية هو أول ما يصيب المريض من المضاعفات يجب على الطبيب ألا يهمله في أول ظهوره ومن الممكن أن يلجأ الطبيب إلى وضع قرص من الفلورسين $\frac{1}{2}$ في العين لالتأكد من وجود القرحة أو عدمها — فتلون القرحة إذ ذاك بلون أخضر ونظراً لكونه مصدحوا بالتهاب في الحدقة يحسن استعمال قطرة الاتروين مرتين في اليوم ويستعان على تسكين الألم باستعمال مكدرات مثلوجة أو تركيب الدود الرومي فوق الصدغ الذي في جهة العين المصابة ويشير بعضهم بحقن فاكسين بنسبة ٥ ر إلى — ستمتر مكعب واحد من اللقاح المخزون (المجهز) مرة في العضلات كل أربعة أيام أما إذا كان تورم الأجفان شديداً فقد يلجأ إلى عمل شقين متعامدين فيساعد ذلك على تصريف الورم ويشير بعضهم بكى القرحة نفسها بمحض الفينيك بخفة خوفاً من امتدادها ومهما يكن من طريقة العلاج المتبعة فالمهم هو غسل العين والمس بمحلول نترات الفضة بنسبة $\frac{2}{100}$ للجفون ولا تهمل صحة المريض العمومية بتنظيم الغذاء .

التهاب الحديقة السيلاني الدوري — هو أخف وطأة منه في حالة نقل العدوى المباشرة وهو مسبب عن نقل الجونوكوك بواسطة الدورة الدموية إلى الحديقة ولذا يغلب على الظن أن تكون الإصابة مزدوجة ولا بد من الفحص عن وجود الجونوكوك بالمجهر للتأكد من التشخيص ويحسن التقطير بمحلول سلفات الزنك بنسبة ١:٣ إلى ١:١٠ وفي بعض الأحوال بحقن بمقدار ٢٥ ر. إلى ٥٠ ر. من الكينامين مرة كل أربعة أو خمسة أيام فيشفي المريض .

التهاب الحديقة السيلاني — قد يخطئ الطبيب في تشخيصه مسجياً إليه بالتهاب الحديقة الروماتزمي نظراً لتقدم عهد السيلان بالمريض ونسيانه وهو من أشد مضاعفات السيلان الدوري مقاومة للعلاج ويكون حدوثه عند السيدات أكثر منه في الرجال وقد يصحبه عادة روماتزم مفصل سيلاني دوري ونتيجة فحص الدم على طريقة وارمان للسيلان إيجابية ويعزو بعضهم سببه إلى التسمم السيلاني ولذا يتحتم إعطاء حقن الفاكسين التي تأتي بنتائج حسنة في كل هذه الأحوال .

العوارض — هي عوارض التهاب الحديقة الخفيف الوطأة نفسها فيشكو المريض ألماً في العين وعند الحاجب واضطراباً مع (زغالة) .

ذرف الدموع — وتبدأ عادة بعين واحدة ولا مانع من أن ينتقل في الأخرى ونجد الأوعية التي حول القرنية محتقنة والحديقة متقبضة وربما تلتصق بالعدسة وتحصل كثافة (عتامة) في القرنية .

التشخيص — إن العثور على إصابة أخرى بالسيلان في أعضاء الجسم هو المتمم للتشخيص وإلا فيحقن المريض بفاكسين السيلان حتى إذا حصل تفاعل تأكدنا من سبب المرض .

العلاج — يلزم المريض الفراش ويخفف الغذاء في الأحوال الشديدة ويعطى ملينات خفيفة للأمعاء إن أظلام الحجرة يؤثر في نفسية المريض فيحسن تجنبه ويلبس مظلة على الرأس لتسمح له بالنظر الى أسفل وتجنب نظره عن باقي الجهات وتستعمل ضمادات ساخنة ويعطى أقراصا من الاسبرين بمقدار نصف جرام ثلاث دفعات يوميا لتخفف الألم ويقطر من الأتروبين (بنسبة $\frac{1}{1}$) مرتين في اليوم لمنع الالتصاقات ويلزم معالجة مركز السيلان الأصلي ببطء فذلك البروستاتة الشديد أو ذلك قناة مجرى البول قد يزيدان في المضاعفات .

ويحقن الفاكسين بحذر فيعطى عشرين مليوناً كل ثلاثة أو أربعة أيام مرة حسب درجة التفاعل ويحقن الكنترامين في العضلات وهو يعطينا في بعض الأحوال نتائج باهرة أما حقنه في الوريد فقد يسبب ارتفاعا في درجة الحرارة يتبعها هبوط شديد وينصح بعضهم بإعطاء يدور البوتاسيوم بنسبة ٢٠ ر . جراما في الجرعة ثلاث مرات يوميا .

وقد ينكس المرض مرارا وينتهي بالغلوکوما (المياه الزرقاء) وإن لم يعمل عملية جراحية في الوقت المناسب تنتهي الحالة بفقد البصر فيجدر بنا معالجة أول إصابة بنشاط وهمة ثم مواصلة العلاج السيلاني للتركز الأصلي وإلا تعرض المريض للمضاعفات المذكورة .

القسم الخامس

البكتريولوجيا

تشخيص الزهري في المعمل

إذا التمس علينا التشخيص فى أى حالة زهرية يجب أخذ مثال (عينة) من الدم والفحص عنها على طريقة وازرمان وفى حالة وجود القرحة الأقلية الصلبة يجب فحص مثال منها للتحقق من وجود الأسبيروشيت .

وفى حالة إصابة المجموع العصبى يلزم الفحص عن مثال (عينة) من سائل النخاع علاوة على الدم .

نعم ان نتيجة وازرمان الايجابية لا نحصل عليها قبل مضى خمسة أسابيع من تاريخ ظهور القرحة عادة (ولو أن بعضهم يقول : إنه ربما تأتى ايجابية بعد أسبوعين فقط من تاريخ ظهور القرحة) غير أن هذا لا يمنعنا من بحث الدم وبحث القرحة موضعيا لمعرفة وجود الاسبيروشيت فان لذلك أهمية عظمى فى معرفه نوع الاصابة والمبادرة بالعلاج قبل ظهور العوارض النظرية وقد لا نعيد المدة التى ينحدرنا عنها المريض بوجود القرحة أى التفتات .

البحث عن الاسيروشيت في القرحة

لا تلمس القرحة بيدك العارية بل أرشد المريض بمساعدتك بأن يضع يده في الموضع الذي تراه موافقا لك وذلك بعد خلع الغيار وتنظيف القرحة بالاسفنج الجاف تنظيفا جيدا وقد يحسن أحيانا دهن القرحة بمحلول النوفوكاين بنسبة $\frac{1}{10}$ لتخفيف الألم المحتمل حصوله أثناء التنظيف (ثم إزالته بعد انتهاء التنظيف بأسفنجة جافة) ثم نكحت حافة القرحة ووسطها بأسفنجة جافة لتتأكد بمصل بسيط ويتجنب على قدر الاستطاعة وجود دم ثم يؤخذ هذا المصل على شريحتين من الزجاج وتبحث احدهما بالضوء المظلم والأخرى تكون بطريقة رومانسكي وتفضل الطريقة الأولى في العيادات الكبيرة لسرعتها وسهولتها اذا تيسر وجود الجهاز اللازم للفحص (ولسنا في حاجة هنا لشرح هذا الجهاز لكثرة تداوله بيننا) .

وأما في العيادات الصغيرة فيحسن تلوينها بالطريقة الآتية

تؤخذ مثال (عينة) سمكة من المصل الذي بالقرحة في نقطتين وسط شريحة من الزجاج المعقم بشكل حلقى ثم تثبت فوق اللهب (يحسن أخذ عينتين في آن واحد) .

(١) تنقع الشرائح في الكحول النقي لمدة عشرين دقيقة أما اذا صببنا الكحول النقي فوق الشريحة فيحسن تكرار ذلك مرة كل دقيقتين في مدة العشرين دقيقة .



١



٢

- (١) الاسبر وشرت بوليدا — اللونين حمراء .
(٢) الاسبير وشرت بوليدا — اللونين تفرات الفضة .

(٢) يعمل مزيج من تلوين جمسا بنسبة واحد في عشرة في الماء المقطر ثم يوضع جزء منه على الشريحة لمدة ساعة ويغير السائل مرة أو مرتين في أثناء الساعة .

(٣) تغسل الشريحة بماء مقطر ثم تجفف الشريحة وتجث بالمجهر ولا يشترى تلوين جمسا مخزونا ولكن يحسن عمله كالاتى :

أزور ٢ — إوسن ٣٠٠ أجزاء

أزور ٢ ٠٨ »

جلسرين (مرك) نقي ٢٥٠ جزءا

كحول نقي ٢٥٠ جزءا

على هذه الطريقة تلون الاسبيروشييت بوليدا باللون القرنفلى الوردى وما عداها باللون الأزرق ويلاحظ في الاسبيروشييت الزهرية ما يأتى — :

رقعة الاسبيروشييت المتناهية بانتظام ومتانة اللولب الذى لا تزيد طياته عن السبعة وبطبيعة الحال يحتاج الطبيب الى كثير من التمرن والتعود لرؤيتها ومعرفتها ومع التمرن يعتاد الطبيب عمل هذه الطريقة بسرعة وباتقان ويلزمنا فى حالة الاشتباه أن نعتبر النتيجة سلبية فاذا كان المصل مأخوذا من قرحة زهرية فى أعضاء التناسل فمن المؤكد أن نرى أمشولة الاسبيروشييت الزهرية أما اذا كان من الشفة مثلا فقد نرى اسبيروشييتا مماثلا لها تماما ولكن ليس هو اسبيروشييت الزهرى .

تفاعل وازرمان

يرتكز تفاعل وازرمان خاصة على قدرة مصبل الدم الزهري في امتصاص التكامل (Complement) المصحوب بالمواد الدهنية القابلة للذوبان في الكحول أو الاثير (Lipoid) ونجد ذلك في خلاصة كحولية من عضل القلب السليم محتقنة بمحلول مالحى ومترجة بمصبل مريض بالزهري . سبق إعدام خاصية قوة التكامل التى به بواسطة الحرارة ويستعاض عنه بمصبل جديد مأخوذ من دم خنزير هندى وكل ذلك بنسبة متناسبة معلومة ونجد هذا التكامل مفقودا بعد حفظ المزيج فى حرارة جسم الانسان فى الجهاز الخاص لذلك (Incubator) مدة من الزمن .

أما فى حالة أخذ مصبل من شخص ليس مريضا بالزهري فلا يفقد التكامل ويلاحظ أن التكامل درجات فمثلا مريض الدرجة الثانية من الزهري الذى لم يأخذ علاجاً قط نجد فقد قوة التكامل عنده أكثر بكثير من المريض الذى عولج علاجاً جزئياً ويمكن معرفة درجات هذا التكامل بإضافة قليل من الكرات الحمراء ذات الاحساس فوق العادة محضرة بطريقة خاصة بنسبة خاصة بعد ظهوره .

ان عمل هذا الفحص يجب أن يكون مصحوباً بدقة ومهارة خاصة ولا يلزمنا الاعتماد على نتيجة ما لم تكن عملت بواسطة أناس معتادين عمله دائماً فى المعامل وقد وجد بعض التعديل فى عمل الطريقة نفسها ولكبه دائماً يحتاج الى أشخاص مهرة فى هذا الفن فيحسن بنا الاقتصار على

طريقة واحدة وفي الامكان الاطلاع على هذه الطرق وتشعبها في الكتب الخاصة بها .

كيف تؤخذ (عينة) أمثلة الدم للفحص

ينتخب وريد في ثلثة الذراع عند المرفق ويضغط على الأوردة العضدية باليد أو برباط بسيط ثم يظهر المكان بصبغة اليود أو البنزين ويكون الذراع منبسطا ويؤخذ بارة مناسبة في أحد الأوردة بالطريقة المعتادة ويجمع ما يسيل من الدم في أنبوبة اختبار معقمة وجافة ويكتفى بأخذ خمسة الى عشرة سنتيمترات مكعبة وإذا لم يكن في النية فحص هذا المثال (العينة) في اليوم ذاته فمن الممكن وضع الدم في جهاز حرارته 37° (incubator) لمدة نصف ساعة حتى يفصل المصل تماما من كرات الدم الحمراء وينقل بواسطة ممص الى أنبوبة اختبار أخرى معقمة وتسد سدا محكما بالجمع مثلا وبهذه الطريقة نفسها يمكننا ارسال مثال (عينة) دم من بلد لأخرى .

كيف يؤخذ مثال (عينة) من سائل النخاع للفحص

يلزم إجلاس المريض على منضدة العمليات بالعرض جاعلا ظهره منحوك ومقربا إليته الى حافة المنضدة من جهتك ومرخيا ساقيه ويصح ارتكازهما على كرسي صغير ويحسن أن يقف الممرض أمامه ليسندده ويحسن تقويس ظهره مع إبقاء العمود الفقري مستقيما غير مائل الى إحدى الجهتين ويلاحظ انحناء رأس المريض الى جهة الممرض مرتكزا بمرفقيه على فخذه

وبهذه الجلسة نقباعد الأشواك الفقارية وتطول المسافات بينها ويسهل إدخال الإبرة في موضعها ويحسن أن ينتخب المكان الذي تدخل منه الإبرة وهو ما بين الفقرة الثانية عشرة الظهرية والفقرة الأولى القطنية ثم يوخز بالإبرة الخاصة بعد تعقيمها وتطهير سطح الجلد عند النقطة المنتخبة متجهة الى الأمام والى الأعلى قليلا الى أن تصل الى التجويف العنكبوتى فتسحب سداة الإبرة ويجمع نحو العشرة الستيمترات من السائل فى أنبوبة معقمة وتسحب الإبرة ذاتها ويستد مكانها بقليل من الكلوديون وينصح المريض بالاستلقاء على ظهره مدة أربع وعشرين ساعة وقد يرى بعضهم أن تدخل الإبرة فيما بين الفقرة القطنية الثانية والفقرة الثالثة ليؤمن ونحر النخاع نفسه .

ولسهولة تعيين المكان يرسم خط فيما بين أعلى الحرقفتين مازا بالأشواك القطنية ويمر عادة فى هذه المسافة ولا يفوتنا أن نذكر أنه قد تسيل عدة نقط من الدم قبل السائل النخاعى فلا بد من أخذ السائل الخلى من الدم فى أنبوبة أخرى .

يفحص هذا السائل من أجل ثلاثة أشياء :

- (١) تفاعل وارمان على نفس طريقة فحص الدم للتفاعل المذكور
- (٢) فحص الخلايا ، يركز قليل من السائل بواسطة آلة تركيز السوائل (Centrifuge) ويؤخذ قليل من الراسب على شريحة من الزجاج وتلون باحدى الطرق الخاصة بتلوين الدم مثل تلوين ليشمان — فنجد

أن السائل الطبيعي خال من الخلايا أو به خليتان أو ثلاث فقط في نقطة كبيرة منه أما في حالة عدوى الزهري فنجد خلايا صغيرة بكثرة خصوصا من نوع الخلايا اللفسائية الصغيرة وتوجد جهازات كثيرة بطرق مختلفة للتحقق من عدد الخلايا ونسبتها للسائل وأحسنها طريقة دونالد التي لها ممص مدرج قطره نمرة ٨٠ (مورس) — وبذلك يستطيع الطبيب أخذ نقطة واحدة قطرها $\frac{1}{4}$ ٧ ملليمترات مكعبة ثم تثبت بالحرارة على شريحة الزجاج وتلون على طريقة ليشمان — ثم تعد الخلايا ثم يقسم العدد على $\frac{1}{4}$ ٧ ليعطينا عدد الخلايا التي بالمليمتر المكعب الواحد مع العلم بأنه يحتوى على أكثر من خمس خلايا في الأحوال الطبيعية وأما في المصابين بالشلل الجنوني العام فقد نجد به أكثر من المائة .

(٣) البروتين (المسادة النتروجينية) — يضاف خمسة سنتمترات مكعبة من الكحول النقي الى مشها من السائل النخاعي في أنبوبة آلة التركيز مع الاحتياط لعدم امتزاج الكحول بالسائل وقد نرى عادة الخط الفاصل بين الاثنين في الأنبوبة أما في الأحوال الزهرية التي تزيد فيها المسادة النتروجينية نسبيا فنرى حافة معتمة عند الفاصل وبعد امتزاجهما نجد السائل مكبرا جدا في الأحوال الزهرية وذا عتامة خفيفة في الأحوال غير الزهرية .

تشخيص السيالان في المعمل

تختلف طريقة الفحص في الأحوال الحادة عنها في الأحوال المزمنة وكذا تختلف أيضا مع الرجال عن النساء .

عدوى السيالان الحادة

بما ان عملية الفحص المجهرى لميكروب السيالان بسيطة جدا كما أنه لا يعزب عن بالنا أن التهاب قناة مجرى البول المشابه للسيالان كثيرا ما يحدث بعد مدة تشبه مدة حضانه السيالان ذاته ولذا يلزم عمل الفحص لايجاد الميكروب في كل حالة التهاب مجرى حاد قبل البت في التشخيص ويحسن بنا دائما أن نأخذ مثالين (حقيقتين) كل مثال (عينه) على شريحة خاصة من الزجاج بواسطة سلك البلاتين (لا بالقطنه كما يفعل بعضهم) لأن التشخيص ليس بالتأوين فقط وإنما هو بعلاقة الميكروب بهذه الكرات البيضاء فاستعمال القطنه يهدم هذه العلاقة بتمزيق هذه الكرات ويجعل تكوين الفكرة عن علاقتها بالميكروب أمرا محالا ويلزمنا نشر المثال (العينه) في وسط الشريحة على شكل دائرى أو بيضى ثم تجفف الشريحة على اللهب وتلون على إحدى الطريقتين .

(١) الشريحة الأولى — تغطى المثال (العينه) بحلول تيوانين

الفنيك لمدة دقيقتين ثم يغسل بماء عادي وتجفف ثم تفحص بالمجهر .

يعمل محلول تيونين الفنيك كآلاتي :

يركز التيونين في المحلول بنسبة ٥٠ ٪ من التيونين في الكحول وتحفظ في حرارة الانسان في الجهاز المختص بذلك — (Incubator) لمدة اسبوع ثم تصفى وتخزن للاستعمال .

محلول التيونين جرامات

حمض فنيك بالورى جرام

ماء مقطر جراما

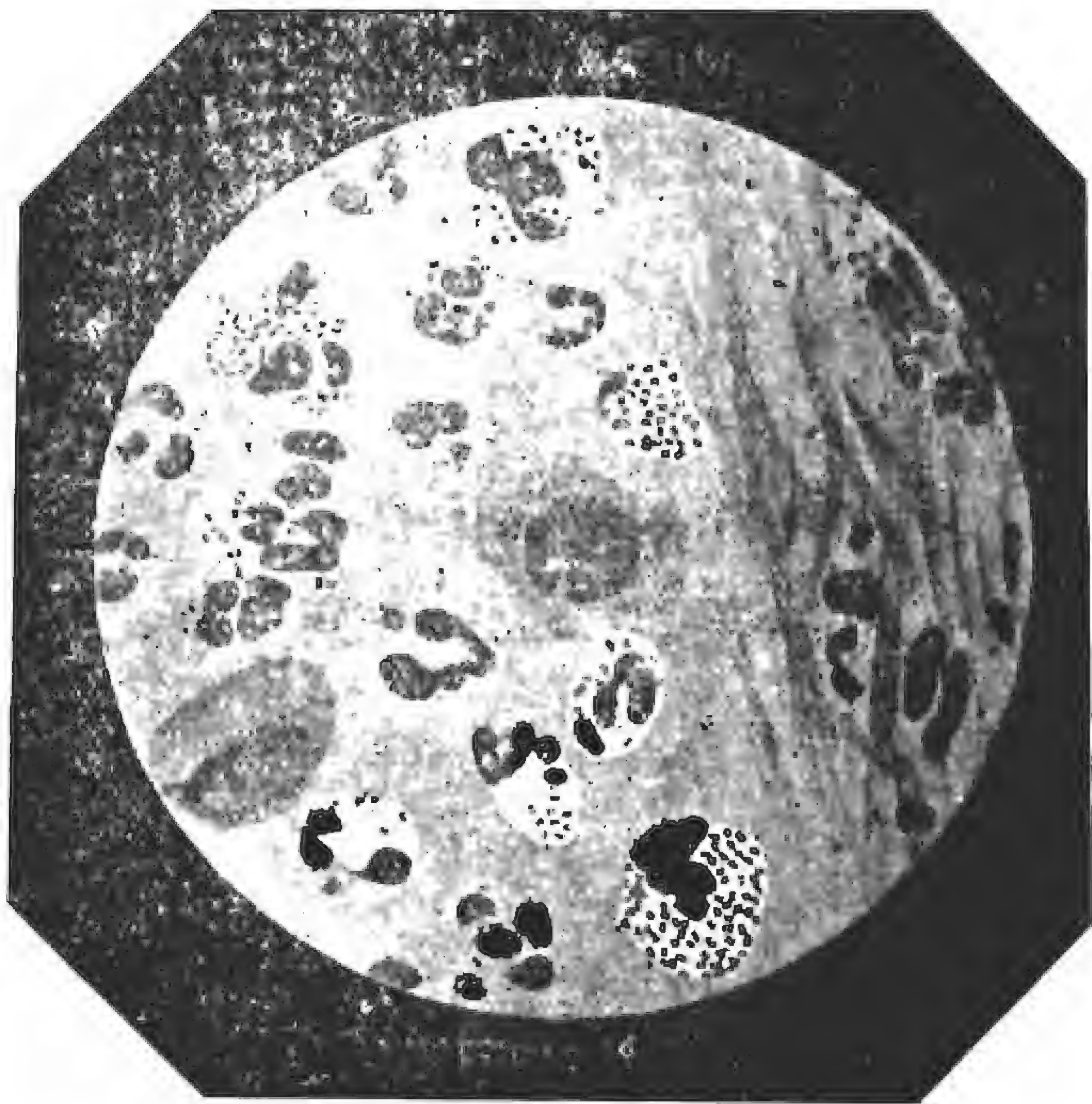
(٢) الشريحة الثانية — طريقة جرام . ضع قليلا من محلول الأنيلين الجنتيان البنفسجى على الشريحة لمدة خمس دقائق ثم اغسلها بالماء العادى .

ضع عليها قليلا من يود جرام لمدة نصف دقيقة واغسل في الكحول حتى يزول اللون الأزرق ثم تخفف .

ضع قليلا من فوكسين الفنيك المخفف بالماء العادى لمدة دقيقتين .
تغسل الشريحة بالماء العادى ثم تخفف وتفحص .

نجد لون ميكروبات جرام الاليجابية أزرق وأما فى السلبية فأحمر .
وهناك طرق أخرى معدلة لطريقة جرام ممتازة بكثرة تعداد تلوين الكرات والأنسجة لا يتسع المقام هنا لشرحها .

يعطى الجونوكوك نتيجة سلبية في تلوين جرام وهو ميكروب ذو شكل نصف دائري مزدوج مع العلم بأن قطرى القوسين متقابلان والقسم الدائري متجه إلى السطح الخارجى ويكون غالبا داخل الخلايا كما قد يكون خارجا عنها وكثيرا ما نجد في الشريحة الواحدة ميكروبات أخرى مشابهة له ومزدوجة ومن أهم مميزات شريحة السيلان أن خلاياه متعددة النواة خفيفة التلوين مع شدة تلوين باقى جسمها ومثلثة بالجونوكوك المزدوج مع طهارة باقى الخلايا من الجونوكوك وينشأ هذا



(شكل ٨) الجونوكوك داخل الكرات البيض، - مأخوذ من حالة حادة

الشكل عن توالد الجسوفوكوك داخل خلية محتقنة والطبيب ذو الفكرة
الواسعة لا يجد صعوبة في الاستدلال على الجسوفوكوك ولذا لا يحتاج
الى تلوين الشريحتين بالتلوين لعادى ولكن يلزم الطبيب المبتدئ أن
يستعمل تلوين جرام في كل حالة خوفا من وقوعه في الخطأ .

العدوى السيلانية المزمنة

الأحوال المزمنة هي أحوال المرضى الذين لا إفراز عندهم ظاهريا
أو المصابين بمضاعفات كالروماتزم مثلا ولذا تختلف طريقة الفحص
عند النساء عن الرجال .

إن أخذ الأمثلة من المهبل حسبما اتفق لا تغنى فتيلا ولا بد من
اتباع الطريقة الآتية :

يلزم إيقاف كل علاج مستعمل مثل المس بنترات الفضة أو الغسل
بمحلول مطهر أو إعطاء الفاكسين الخ قبل أخذ المثال بيومين على الأقل .
كما أنه يجب أن توصى المريضة بحبس البول مدة خمس ساعات أو ست
قبل الفحص ويسمح للمريضة بالتبول بعد أخذ المثال وفحص البول على
الطريقة المتبعة للرجال ولو أنه في هذه الحالة لا يعطينا نتائج قطعية نظرا
لقصر طول المجرى الطبيعى كما أنه قد لا يصاب بالعدوى .

يستعمل ذلك خفيف تحت المجرى لانحراج أى افراز يكون مجتمعا
به وتؤخذ شريحتان منها بواسطة السلك البلاتين كما أوضحنا ولا بأس

من فحص قنوات إسكين أيضا وأخذ أمثلة (عينات) منها ثم يدخل المنظار المهبل ويظهر العنق ويزال أى افراز ظاهر عليه وتؤخذ الأمثلة من داخل العنق ولا يعزب عن بالنا فحص غدد بارت حتى اذا وجدنا بها افرازا يحسن أخذ أمثلة منها أيضا .

تلون هذه الشرائح على الطريقة السابقة أى نصفها بتلوين جرام والنصف الآخر بتلوين تيونين الفنيك .

قد نجد من السهل العثور على الجونوكوك فى الأمثلة (العينات) المأخوذة من قناة مجرى البول ونجد بعض الصعوبة فى إيجادها فى الأمثلة (العينات) المأخوذة من العنق ومن أصعب الأمور إيجادها فى المأخوذة من المهبل .

وتستعمل طريقة الزرع أيضا — فيجب فحص الزرع بعد مضى أربع وعشرين ساعة عليه فى الجهاز الحافظ لحرارة ٣٧° س فنأخذ أحد البثور الدقيقة ذا العتامة القليلة بحامل لسلك البلاتين ونمزجها بنقطة من الماء المقطر على شريحة من الزجاج وتلوينها بالطريقة السالفة الذكر . وإذا لم نجد أى بشور بعد مضى الأربع وعشرين ساعة يلزمنا ترك الزرع فى الجهاز لمدة أخرى وبطريقة الزرع قد نحصل على نتائج ايجابية للجونوكوك لم نكن لنحصل عليها فى بعض الأحوال بالطرق الأخرى — فضلا عن أن نتائجها السليمة تعزز موقفنا بعد الفحص العادى .

على أنه لا يمكننا الاقتناع بنتيجة سلبية واحدة بواسطة الزرع ما لم تعزز بمثلها من افراز العنق .

الذكور

يلزمنا إيقاف العلاج بالآلات يومين قبل الفحص وإيقاف الغسل بالمطهرات لمدة يوم على الأقل قبله نعم إن إدخال الآلات في المجرى قد يحدث تهيجا موضعيا كما لو حقناه بمحلول مركز من نترات الفضة بنسبة $\frac{2}{1}$ ولكن بعضهم ينصح بعدم استخدام هذه المهيجات إلا بعد الحصول على نتائج سلبية من الفحص الأولي والاقتناع بالحرث من سير المرض وعدم وجود عوارض ظاهرية فعند ذلك يمكننا استخدام ما ذكرنا فقط لتسهيل الفحص والسماح للمريض بتعاطي بعض المواد الكحولية لغرض نفسه ويحسن أن يرشد المريض الى عدم التبول عند القيام في الصباح بأن يحبس البول لغاية ساعة الفحص ثم يدلك المجرى وتأخذ أمثلة (عينات) على شرائح من الزجاج كما يؤخذ بعض الأفرار للزرع .

ثم ندع المريض يتبول في كأس مقدار مائة سنتيمتر مكعب من البول فقط (ويسمح للمريض أن يتبول بقية البول في المرحاض) ، فإذا كان به خيوط التقطنا أحدها بالسلك البلاتيني ووضعناه على شريحة من الزجاج للتلوين والتقطنا آخر للزرع ، أما إذا لم نجد به خيوطا فيحسن تركيز البول وعمل ذلك من المناسب .

ثم ندلك البروستاتة ونأخذ من سائلها أمثلة وزرعا أيضا ونفحص عن جميع العينات بالطرق السالفة الذكر ، فإذا وجدنا كرات صديدية بكثرة ولم نجد غيرها وجب علينا تكرار الفحص بنفس الطريقة المتقدمة ثلاث

مرات على الأقل ، أما اذا وجدنا الجونوكوك فذلك قد يكون في الأمثلة (العينات) الأولى ، وقد روى بعضهم أنه لم يجد الجونوكوك بعد الفحص ثلاث دفعات ووجده مع الفحص في المرة الرابعة ولكن هذا نادر وبعيد الاحتمال وبعضهم ينصح بأن يبحث الدم على طريقة وازرمان للسيالان ولكن من المؤكد أن نتائج هذه العملية ليست مرضية تماما كما هي في حالة الزهري ، وبالضرورة لا بأس من اللجوء اليها في بعض الأحوال مع الحرص الكافي في اعتبار نتائجها .

ملاحظة — يتم زرع الجونوكوك على الآجر المطعم بالدم ، وذلك بأن يؤتى بأنبوبة آجر معتادة ثم تؤخذ نقطة دم من أصبع الانسان على سلك البلاتين وتفرد على الآجر داخل الأنبوبة ثم يزرع الجونوكوك ، ولا يخفى أنه توجد وسائط أخرى لزرع الجونوكوك ليس هنا مجال لشرحها .

الجزء الثاني

الأحوال الاجتماعية والإدارية

الفصل الأول

الأمراض الزهرية في الهيئة الاجتماعية

مقدمة

لا ينكر أنه في السنين الأخيرة اشتدت الحملة الأدبية والخطابية والفنية ضد الأمراض الزهرية ، فألفت الكتب وتألفت الجمعيات وفتحت عيادات خاصة بهذه الأمراض فوجه نظر العام والخاص إليها ، ووجهت حملات شديدة لمقاومة هذه الأمراض بقصد إضعاف نسبة وجودها في المجتمع الإنساني . ومن المؤكد أن هذه الأمراض لا تقع تحت نظر كثير من زملائنا الأطباء ولذلك يرون أن ما اتخذ من العدة لمقاومة هذه الأمراض كان كثيرا جدًا بالنسبة إليها ، وقد يكون من المستحسن ذكر بعض إحصائيات ثابتة لا شك في صحتها ليشرح زملاؤنا بما نشعر به من وطأة هذه الأمراض في المجتمع وليحيطوا علما بما لها من قوة في مصالح المجتمع وليكون الطبيب في المركز الذي يليق به حين يسأل من الجمهور ،

وهل الحملة التي وجهت ضد هذه الأمراض مبالغ فيها ؟ وهل فتك هذه الأمراض بالمجتمع يبرر قوة الحملة ضدها ؟ وفي الحقيقة يلزم كل طبيب (خصوصا الذين يشتغلون في هذه الأمراض) أن يوجه قليلا من عنايته للوقوف على فكرة صحيحة بنسبة انتشار هذه الأمراض ونتائجها من الوجهتين الصحية والاجتماعية حتى يكون على علم بما قد يحصل لتخفيف وطأتها ويعتد من المسائل المسبلم بها أن الطبيب والأديب يشتغلان كتفا لكتف لمحاربة هذه الأمراض والوقوف على سرعة سيرها في المجتمع فمن المؤكد أن الطبيب قد يرشد الأديب الى شدة وطأة هذه الأمراض في المجتمع كما أنه من المؤكد أيضا أن الأديب يستفز همة الطبيب أحيانا لمقاومتها فنيا ، ولعلم الطبيب والأديب أنهما لا يضيعان وقتهما عبثا بل بالعكس هما ينقذان عدة ملايين من الأنفس تذهب ضحية هذه الأمراض سنويا مع الأسف من وراء الستار .

ملاحظات انتشار الأمراض الزهرية

وما يخص عن نتائجها

إن مرض الزهري يحدث كثيرا من الدمار في الأسرة حيث يأخذ الدرجة الثالثة تقريبا في أسباب الوفاة مع أنه في الامكان منع انتشاره ، لأن نسبة انتشار مرض السيلان في المجتمع هي ثمانية أضعاف الزهري وأن ما يحدثه من المصائب والكدر في الأسرات معروف لكل طبيب ولكل مصاب ومن المؤكد أن إحصائية الوفيات المسببة عن هذا المرض كبيرة

وقد استنتج بعضهم أنها قد تكون حول $\frac{٣٢}{١٠٠٠٠}$ في المائة ألف كما هو موضح بشهادات الوفيات أما إذا أمكننا إحصاء أسباب الوفاة الناشئة عن سبب غير مباشر نكتزج في الحوض — التهاب بريتنوني — تسمم دموى الخ — فلا شك أن هذه النسبة تتضاعف ، وذلك مع العلم بأن السيالان مسبب لثلاثي أمراض النساء فنعن لا نطلب تعاضد أطباء الأمة ضد هذا المرض فقط ، وإنما نطلب تعاضد أطباء وأدباء جميع الأمم لمحاربة هذا المرض ، ومن المحزن أننا لم نر لآن شبح هذا التعاضد في المجتمع الانساني ، حقيقة إن جهودا كثيرة هنا وهناك منصرفة لمحاربة انتشار هذا المرض والوقاية منه ولكن مما لا شك فيه أنه لا توجد إحصائيات عالمية تنشر من وقت لآخر لترشد الجمهور وتحذره من فتك هذا المرض به فكيف يمكننا إظهار قوة فتك هذا العدو الكامن في المجتمع وكيف يمكننا معرفة ثمرات جهودنا نحوه ، أهو الغالب أم نحن الغالبون ؟ .

يجب أن تهتم كل مملكة بعمل جمعيات ومؤتمرات خاصة لهذه الأمراض في دائرتها ويحسن أن يتصل هذه الجمعيات بعضها ببعض في الممالك الأخرى وإيجاد قانون دولي أو اتحاد دولي كاتحاد البريد مثلا يحارب بكل ما أوتي من وسائل فنية وغيرها انتشار هذه الأمراض كما يجب أن يعمل اتفاق دولي صحي ضد كل مملكة لا تريد أن تشترك اشتراكا فعليا (بصرف النظر عن الوجهة السياسية) في الاتحاد الصحي العام ، حتى لو استعصى الأمر بعد ذلك يعمل نطاق صحي للوقاية من هذه الأمراض كما يعمل للطاعون وغيره ولكن لكل شيء عذته ، وسأذكر هنا بعض

إحصائيات تقريبية لترينا مثلا صغيرا لقوة هذه الأمراض على الفتك بالمجتمع ، وأرى على العموم أن الجمهور لم يقدر ما لهذه الأمراض من القوة والانتشار والفتك بنا .

(١) انتشار الأمراض الزهرية

قد أشار أحد تقارير الجمعية الطبية الملكية البريطانية بأن نسبة الأشخاص المصابين بالزهرى (المكتسب والوراثى) لا تقل عن ١٠ ٪ من مجموع سكان المدن الكبيرة ، ومن المؤكد أن نسبة إصابات السيالان قد تبلغ خمسة أو ستة أضعاف النسبة الزهرية ولذا يوجد في مدينة لندن وحدها (ويبلغ عدد سكانها ستة ملايين) ستمائة ألف شخص مصابين بالزهرى ونحو نصف عدد السكان مصابين بمرض السيالان ووجد أن نسبة الوفاة بالزهرى هي ٦٦ ٪ من مجموع المتوفين ، ولا يبعد أن يكون في الولايات المتحدة الانكليزية ما يبلغ أربعة ملايين من الأنفس مصابين بالزهرى كما يوجد مائة ألف إصابة زهرية جديدة كل سنة ، أما إصابات السيالان فهي خمسة أو ستة أضعاف أو ما يقرب من جميع السكان تقريبا الذين هم في سن الخامسة عشرة والثلاثين .

وليس من المدهش أن نجد النسب متساوية تقريبا في أغلب الممالك ، ففي الولايات المتحدة الأمريكية تدل الإحصائيات العامة على وجود نحو العشرة في المائة من السكان مصابين بالزهرى ونحو ٥٠ ٪ الى ٦٠ ٪ من السكان البالغين مصابين بمرض السيالان فقد ورد في التقرير الصحى

الاجتماعى لسنة ١٩٢٠ أنه وجد ٤٧٤ . ٣٨٠ اصابة زهرية من أول أغسطس سنة ١٩١٨ الى أول يناير سنة ١٩٢٠ في ولاية تكساس وبعبارة أخرى تعادل هذه الاصابات بنسبة ٠.٦٤٪ من مجموع جميع الأمراض وقدر فورنيه أنه في باريس يوجد نحو من ١٥٪ من السكان البالغين مصابين بالزهرى أيضا .

وقدر نيسر أنه يوجد ١٢٪ من السكان البالغين في مدينة برلين مصابين بالزهرى أيضا .

١

نتائج الأمراض الزهرية الباثولوجية

(ب) الوفيات

تأيدا لما ذكرناه الآن نقول : إن الاحصائيات الرسمية لانكلترا تشير الى أن ٨٩ وفاة بالزهرى حصلت في كل مليون وفاة في سنة ١٨٧٥ ومن ذلك الحين أخذت النسبة في الهبوط لغاية سنة ١٩١٠ حيث كانت ٤٦ وفاة في المليون ، ثم إن الهبوط في نسبة حالات الوفاة لا يدل في حال من الأحوال على نسبة وجود المرض بل بالعكس ، فكثيرا ما يكون سبب الوفاة مرض الزهرى ولا يذكر الطبيب شيئا منه حرصا على إحساس الأسرة ، فيكتب سبب الوفاة أى مرض من الأمراض الناشئة عنه فمثلا ان الأتاكسى والشلل العام للجذنين لها علاقة متينة بمرض الزهرى ، فذكرهما كاف للدلالة عليهما ، كذا عن أنيورزم الأورطا ، كما أن

في الأطفال لفظة الضعف الموروث لا تدل على مرض سوى الزهري ،
واننا لا ننكر أن التقدم الفني في وسائل العلاج خالص كثيرا ممن كانوا
يموتون ضحية هذا المرض فيتحد معنا القارئ في أن النقص في نسبة الوفاة
لا يدل على شيء كثير من جهة التحسين .

الاحصائيات الرسمية عن حالة الوفاة بسبب الزهري في انكلترا :

١٩١٩	١٩١٨	سنة ١٩١٧	
١٨٥٧	١٩٩٤	٢١٢٧	الزهري
١٦٠٨	٢٠٧٣	٢٣٦٢	الشلل العام
٦٦٣	٦٨٥	٧٥٧	الأتاكسي
٨٩١	٨٦٤	٩٩٥	الأنورزم
٤٤	٤٣	٤٠	السيالان
٤٥	٤٨	٤٥	الرمم الصديدي السيالاني

ففي سنة ١٩١٩ وجد أن الوفيات من الزهري ومضاعفاته هي
٤٧٢٢ حالة وقد حسب بعضهم في أمريكا أن نسبة حالات الوفاة من
مرض الزهري تبلغ في الحقيقة تسعة أضعاف الأحوال المعترف بها والمبلغ
عنها رسميا فإذا اعتقدنا ذلك جاز لنا أن نضرب $٤٧٢٢ \times ٩ = ٤٢٤٩٨$
حالة وفاة مسببة عن مرض الزهري في انكلترا وحدها في سنة ١٩١٩
ومما يؤسف له أن هذا يدلنا على عيوب كثيرة في التبليغ عن أسباب الوفاة
الحقيقية .

الاحصائيات الرسمية عن الوفيات في الولايات المتحدة الأمريكية

إن ما يقرب من ٣٠٠٠ وفاة تحدث سنوياً من الزهري في الولايات
المتحدة الأمريكية ففي سنة ١٩٠٩ كان الاحصاء السنوي عن الوفيات كالآتي :

الزهرى نفسه والمسبب عنه	الاحصاء الرسمي	
٢٨٥٨	٢٨٥٨	زهري
١٧٧	٣٥٥	التهاب حاد في المخ
١٣٨٦	١٣٨٦	الثآليل
١٥٨٠	٣٦٤٦٣	النزف في المخ
٥٦٣	١١٢٦	نعومة في المخ
٣٢٧	٧٦٦٩	الشلل
٢٥٨٤	٢٥٨٤	الشلل
٢٢٥	٣٤٨١	الأنجينا
٦٥٩٧	٦٥٩٧١	مرض القلب
٤٣٤١	٤٣٤١٢	التهاب كلى
٥٠٨٧	١٠١٧٤	التهاب الأورطى
٧١٣	١٤٢٧	سرطانات في الفم
٢٦٤٣٨		

ومن المسلم به أن كل أحوال الوفاة المسببة عن النقطة والإنجينا
والشلل في الأشخاص الذين هم أقل من الأربعين في العمر هي في الحقيقة

ونفس الأمر أحوال زهرية، ومن المحتمل أيضا أن تكون نسبة ١٠٪ من أحوال أمراض القلب والكلى زهرية، ويرجح أن نصف أحوال الوفيات المسببة عن أمراض الشرايين والتهاب في المخ أو نعومة به أو سرطان الفم صا علاقة كبيرة بالزهرى (نقلا عن كتاب العلامة حسن سنة ١٩١٩) .

وربما أضفنا الى هذه القائمة بعض الوفيات المسببة عن الافتقار الدموى الخبيث فلو أضفنا كل هذه الأحوال الى عدد الإحصاء الرسمى للوفيات الزهرية وهو ثلاثة آلاف حالة سنويا لا نبالغ اذا قلنا إن حقيقة الوفيات هى ثلاثون ألفا لا ثلاثة آلاف فى أمريكا سنويا .

إحصائيات رسمية عن سبب الوفاة فى سويسرا

إن سويسرا هى المملكة المنفردة التى يعتمد بحق على صحة إحصائياتها الرسمية (نقلا عن جمعية الإحصاء الملوكية الانكليزية) .

الوفيات

السبب عن سنوات

١٨٩٥	١٨٩٦	١٨٩٧	١٨٩٨	١٨٩٩	١٩٠٠
١٢٦	١٢٩	١٣١	١٦٢	١٥١	١٤٣
٢٥٨	٢٥٨	٢٧٧	٢٤٠	٢٣٩	٢٥٠

وذلك مع العلم بأن عدد سكان هذه المملكة لا يزيد عن أربعة ملايين

من الأنفس فى تعداد سنة ١٩١١

تسجيل الوفيات في سويسرا

وبما برز الفارئ أن يعرف كيف تؤخذ الإحصائيات في أحوال
الوفاة في سويسرا ليطلع على دقتها وضبطها .

توفي مريض بعامله الدكتور س في سويسرا .

يذهب أحد أقرباء المتوفى الى مكتب الصحة ليبلغ عن الوفاة ويحمل
معه أوراق تحقيق شخصية المتوفى والتذاكر التي تثبت اسم الطبيب المعالج
فيذهب أحد أطباء الصحة الرسميين ويبيده تصريح دفن أو بعدم دفن المتوفى
الى منزل المتوفى وينتقص عن الجثة وتذاكر العلاج ويملا الاستمارة التي
معه صورتها هذه (من قسمين) :

(أما في حالة طالب حرق الجثة فيرسل طبيب آخر مستقل عن الأول

لثاني مرة) .

استمارة رقم ٣٠

الاسم فلات

توفي في تاريخ كذا

رقم ٣

ذكر

توفي بمرض

في تاريخ

عاجله الطبيب

التاريخ

ثم يحفظ القسم الأول لنفسه ويرسل الثانى الى قسم الاحصائيات بمصلحة الصحة ، ومن ذلك ترى التكم الرائد فى المهنة .

رجاء وضع طريقة ثابتة يعتمد عايلها فى التبليغ عن الوفاة
وأسبابها والحاجة الى نشرها واعتمادها دوليا

أعتقد أنه لا توجد أى مملكة أخرى تعمل ما عمله سويسرا للحصول على إحصائية وفيات دقيقة ، فيلزم التعاون بين الأمم لمعرفة أسباب الوفيات فى كل أمة ، ولا شك أن الأمة التى لا تقبل هذه المهمة تكون أمة متحيرة فى الظلام ، ومما يؤسف له أن الطريقة المتبعة عندنا فى التبليغ عن أسباب الوفاة طريقة مضحكة ولا تناسب الرقى الحالى الفنى ، إذ لا فائدة منها ، ومما لا ريب فيه أنه يجب على الأمة أن تعرف قوة العدو الذى يريد الإيقاع بها فتقاومه باطمئنان حيث تعدد عائلتها لمقاومته ومع أنه من الضرورى حدوث بعض الخطأ فى معرفة سبب الوفاة فى بعض الأحوال لجهل أو لسوء قصد ولكن يمكننا إذ ذاك الاعتماد على نتيجة تقريرية أو شبه حاسمة ، فكل ضحايا تقدم للموت مع العلم بأنه فى المقدور انتشالهم من قائمة الموتى الى حين جريمة لا تغتفر ضد الإنسانية ، إن شعور أهل المتوفى يزيد ويتحول الى حقد شديد اذا علموا الحقيقة ، أنه من السهل أن يكتب سبب ظاهرى للوفاة وتخفى الحقيقة عن أهل المتوفى بمهارة ودقة لضمانة حفظ أسرار المهنة ، ولا نجهل أن هذا التشريع يحتاج الى كثير من التروى قبل الاهتداء الى الطريقة المضمونة والمقصودة بالذات

وقت التنفيذ ، وليس هذا هو موضع التحدث بما اذا كان يجب التبليغ عن الأمراض الزهرية وقت الحياة كأمراض معدية أم لا ، (فهذا مما سنفرد له بابا خاصا) وإنما من المؤكد أن التبليغ عن الأمراض الزهرية والتبليغ عن أسباب الوفاة كلاهما متمم للآخر .

ومن الظاهر جليا أن التبليغ عن سبب الوفاة بالأمراض الزهرية له قيمته الحقيقية وهي أقوى بكثير من التبليغ عنه وقت الحياة كمرض معد ، وكثيرا ما يحصل التبليغ عن مريض بمرض الزهري وقت الحياة ، ويكون إذ ذاك لسبب خاص يعالج علاجا ناقصا ويترك الطبيب وشأنه (حيث يظنه شفى على يديه) ولا يعرف عنه شيئا ، وقد يتوفى بالزهري أو مضاعفاته بعد مدة ليست باليسيرة ، ولا نطلب إلا حقا حيث نريد من السلطات الصحية في حالة الاشتباه في سبب الوفاة أن يعمل تشريح مرضى لمعرفة السبب ، هل هو الزهري أو السيلان ؟

أحوال شاذة ناشئة عن الأمراض الزهرية

ولكنها لا تحدث وفاة

الرمم الصليدي السيلاني في الأطفال والأمراض الزهرية

لقد عملت إحصائية صغيرة في لندن عن سبب العمى في الأطفال فوجد أنه في ١١٠٠ طفل أعمى ٣١٢٪ كان السبب الأكيد في إصابتهم هو الزهري ٢٨٪ مشتبه فيها .

وفي ١١٠٠ طفل أعمى أيضا وجد أن السيلان كان سببا للعمى بنسبة ٣٤,٣٥ ٪ منها ففي سنة ١٩١٧ أبلغت الصحة عن ٦٤١ طفل أعمى من الرمد الصديدي السيلاني وفي سنة ١٩١٨ ٦١٣ طفل وفي سنة ١٩١٩ ٨٧٠ طفل مع العلم بأنه قد تشمل الاحتياطات الصحية الواقية في حيوان وجود الأم نفسها مصابة بالسيلان وهذا يشعر بزيادة نسبة عدد إصابات السيلان في المجتمع .

أمراض الأذن والصمم

قد يحدث الزهري الوراثي صمما في بعض المصابين به سواء ولدوا بالمرض أو أصابهم بعد الولادة وقال بعضهم : إنه من المحتمل أن الزهري كان بنسبة ٢٥ ٪ سببا للصمم الوراثي ويضاف الى ذلك بعض أمراض الأذن الزهرية الناشئة عن الزهري المكتسب وتوجد مضاعفات أخرى للزهري الوراثي كالبلادة والغفلة .

نتائج الأمراض الزهرية من الوجهة الاقتصادية

يجزئنا أنه لا يوجد لدينا إحصاء رسمي عن ذلك وليعلم القارئ أن حالة كثير من المصابين بالزهري والسيلان تلزمهم بالبقاء بالمستشفى وفي هذا من شلل أعضاء الأمة وضياع الثروة الاقتصادية التي تجنيها من عرق جبينها ما لا يحصى .

ومن المؤكد أن نقصا كبيرا في عدد السكان ينشأ عن الزهري نظرا للاجهاض والمولودين أوتافا من فتك المرض بهم داخل الرحم وقد ينتج

عنه العقم عند الرجال والنساء فتحرم الأمة من أبناء تعزبهم عند الحاجة ويزيدون في ثروتها باشتغالهم فيما ينفعها .

ملاجئ العمجرة والأمراض الزهرية

كم من رجال ونساء منتشرون في العالم وفي الملاجئ والمستشفيات وهم مصابون بعجز لا يجعلهم قادرين على القيام بواجباتهم الحيوية نظرا لاصابتهم بالزهرى ولا يخفى ما فى ذلك من ضياع بعض ثروة الأمة ومن إعانة الأسرة التى ربماها سوء الطالع بأن كانوا أوصياء عايلها أو أولياء أمورها فكم من مصاب بالزهرى يتزوج ويرزق بأولاد ويصبح رب أسرة وبعد مضي عشر الى خمس عشرة سنة حينما تكون الأطفال فى دور التكوين الحيوى يصاب رب الأسرة بالشلل العام للجذنين أو الأتاكسى فيصبح غير قادر على العمل ويحجب على الأمة أن تعوله كما تعول الأسرة التى هو رئيسها فليتأمل القارئ معنى فى مقدار الخسائر الاقتصادية للأمة اذ ذلك .

الشلل العام للجذنين

إن متوسط من دخل المستشفيات العامة فى انكلترا من سنة ١٩٠٩ لسنة ١٩١٣ هو ١٦٠٤ من المرضى فى كل سنة منهم ١٤٢٧ فقراء والباقي من طبقة الأغنياء .

إن نفقة المصابين بداء الشلل العام للجذنين فى انجلترا تبلغ المائة والخمسين ألف جنيه فى السنة تقريبا فاذا أضفنا الى ذلك نفقات بعض

المصابين بالبلادة والعتة الناشئين عن الزهري في المستشفيات المختلفة في إنجلترا فلا يقل المجموع عن ٣٠٠,٠٠٠ جنيه سنويا .

وهذا عدا نفقات المرضى المصابين بالأتاكسي والشلل في المخ أو النخاع أو أمراض الشرايين وأمراض القلب وبعض أمراض الجلد والعظام المزمنة مع العلم بأن هذه الأمراض لا تنتهي حتما بالوفاة بل يستمر المصاب بها مستمدا حياته مما تعطيه المستشفيات له مدة تتراوح ما بين العشر والثلاثين سنة أما في مصر فقد نرى أحيانا بعض المصابين بالبلادة والعتة يرتقون بما يعتقدوه العامة فيهم من البركة ولا شك أن بعضهم في نعمة يحسده عليها كثير من الأصحاء وينبغي أن نذكر أن تكاليف تعليم الشخص المصاب بالصمم توازي عشرة أضعاف تعليم الشخص السليم وتبلغ هذه التكاليف في الأعمى سبعة أمثالها في السليم في إنجلترا .

عدم القدرة الوقتي على العمل

لقد بلغت نفقات الأمراض الزهرية في سنة ١٩١٢ في الجيش والبحرية الانجليزية ما يقرب من ٢٧٥٠٠٠ جنيه .

وليس في الإمكان إحصاء عدد أيام العطلة التي يقضيها هؤلاء المصابون في المستشفيات وفي منازلهم بين عامة الشعب ولا شك أن أيام العطلة كثيرة ويجب أن يحسب لها حساب اقتصادي من مجهود الأمة فالحساسة الاقتصادية تقع من جهتين : أولا شلل اليد العاملة عن العمل ثانيا صرف ما هو مدخر أثناء العطلة .

لقد قال السير جيمس براون في خطاب له ألقاه في جمعية منع الأمراض الزهريّة في سنة ١٩٢٠ : إن الزهري يكلف الأمة الإنجليزيّة خسارة ملايين من الجنيهات وأما السيلان فيكلفها أضعاف ذلك أما في الولايات المتّحدة الأمريكيّة فقد قال للعلامة حسن : إنه يوجد بها نحو من ٢٠٠٠٠٠ شخص يفقد كل شخص منهم ١٠٠ ريال سنوياً فلو أضفنا إلى ذلك بعض ما تخسره الولايات من عدم شفاء بعض المرضى فلا شك أن النتيجة تتضاعف ومن جهة أخرى أن المال الذي ينفق في إقامة مستشفيات وعيادات للأمراض الزهريّة مقدّر بملايين من الريالات وقد قال أخيراً العلامة حسن : إن الخسارة الاقتصاديّة للولايات المتّحدة الناشئة عن هذه الأمراض تبلغ نصف بليون من الريالات سنوياً .

نحن نعلم أن حالة الأمم الاقتصاديّة الماليّة لا تساعد على ضياع مثل هذه المبالغ والأتمس . ومن المؤكد أنه سيشتدّ الحال اقتصادياً في المستقبل فيجب التفكير في الأمر من الآن حقيقة فإن كل أمة متّديّنة تصرف الآن بعض المبالغ لمقاومة هذه الأمراض ومع الأسف لم نجد نقصاً فيها يشجعنا على الاستمرار في محاربتها فربما يطرأ طارئ في بعض الأمم وتترك هذه الأمراض بدون أيّ عناية لأن النفقات الأوليّة لم تثمر .

ولنعلم هذه الأمم أنها تحارب مرضاً يفتك في المجموع العالمي من قرون مضت فلا ينتظر أن تأتي العناية بمحاربته بضع سنين بفائدة

محبوسة ولكن إذا استمرت العناية لعدة سنين أنحر فأننا بلا شك نقلل من آلام مرضانا ونقلل من حوادث العدوى ولا يخفى ما في ذلك من الكسب الاقتصادي للأمة أما إذا عمل اتحاد دولي فلا بد أن تكون النتيجة أضمن وأسرع وكثيرا ما يسأل القارئ نفسه بعد الذي شرحته هنا ماذا يعمل الآن لتخفيف ويلات هذه الأمراض وماذا يجب علينا عمله وزيادة عن ذلك سأتلو على القارئ هنا بعض ما تعمله الجمعيات الطبية والاجتماعية العامة وماذا يجب عليها أن تعمله فوق ما تبذله من العمل الآن .

الفصل الثاني

في منع الأمراض الزهرية

لا ينكر أحد أنه قد اتخذت بعض الإجراءات الفعلية لمقاومة انتشار الأمراض الزهرية عند بعض الأمم بدرجة متفاوتة كما أنه لا يزال بعض إجراءات تحت البحث والفحص الدقيق قبل تقريرها ومع الاعتراف بأنه لا يمكننا في سفر صغير كهذا أن نذكر ما اتخذته كل أمة على حدة والأسباب الداعية لها إلى ذلك ، نود أن نقرر هنا النظريات والحقائق الملهوسة التي يجب على القارئ أن يحيط بها علما لكيما يكون في مركز يسمح له بمواصلة البحث في مركز هذه الأمراض في الهيئة الاجتماعية والاقرار على رأى سديد صحيح الأساس فنيا وقد اجتهدت في شرح المسألة نظريا وسرد أوجه كل نظرية على حدة دون التعرض للحكم لها أو عليها وغرضي من ذلك هو ترك القارئ حرا في فكره بوجهه حيث أراد دون التأثير عليه من جهتي .

وقد قسمت الطرق المتبعة في محاربة هذه الأمراض إلى وجوه عدة سأقص عليك منها ما يأتي :

(١) الدين والآداب .

(٢) التربية والتعليم .

(أ) الدائرة الطبية بقسميها ، الطلبة والأطباء

(ب) الجمهور .

(٣) الاجراءات الطبية والطبيعية المانعة .

(أ) التطهير المباشر في الحال .

(ب) العلاج الاجهاضي .

(ج) العلاج العادى بقسميه في العيادات السرية وفي عيادات
الأطباء الخاصة .

(٤) انتبليغ الرسمى عن الأمراض الزهرية .

(٥) حصر العهارة — إعطاء الترخيص للبيوت الخ

الدين والآداب

إن كل الجهود الاجتماعية التى تصرف لمحاربة هذه الأمراض لا شك
أنها تؤثر في عوارضها كالعلاج نفسه . الأمراض الزهرية تقع كنتيجة لجماع
مختلط . وعادة يعوز المصاب بها قوة من الارادة يصرفها في حكم نفسه
فيحفظها في الدائرة اللائقة بها دينيا وأديبا وعلى ذلك أرى أنه لا بد من أن
يصرف كثير من الجهود الاجتماعية بأى نوع وبأى طريقة كانت في تقويم
الصفات وقوة الارادة التى تمنع أى جماع مختلط سواء كانت هذه الطرق
دينية أدبية أو خيالية ولو استعرض القارئ تاريخ الديانات ومختلف
تأثيرها في العقول لوجد أن ديانة سيدنا موسى عليه السلام بذلت مجهودا

كبيرا في محاربة الزنا وهي تبذل هذه الجهود أيضا منذ ثلاثة آلاف سنة ولم نجد منها الفائدة المطلوبة كذا حدث عن الديانة المسيحية فبعد بذل جهودها نحو من ألفي سنة لا زلنا نجد هذه الأمراض متفشية فينا وكذا الاسلام فقد جاءت شريعته بتعدد الزوجات وبملك اليمين والأسرى وكانوا وقت نشأة الاسلام كثيرين . ومع كل هذه الاباحات لم يبطل الزنا حتى في زمن الأنبياء أنفسهم ووقت حياتهم فقد قرأنا أن سيدنا موسى كان يعزل المصائب بالسيلان ويحترم الاجتماع به ما لم يبطل ظهور الصديد وقد امتلأت الدنيا وعاظا ومرشدين على اختلاف درجاتهم في محاربة الزنا وبمزيد الأسف لم تأت هذه الجهود بالفائدة المطلوبة ولكن يلزمنا الاعتراف بأنه كان ولا يزال لها التأثير الكبير في بعض الناس وهؤلاء هم الذين عندهم قوة الوازع الديني أكثر من الآخرين ولا يستدل البتة بأن نظرية تحريم الزنا في هذه الديانات خطأ أبدا ولكن ربما كان الأشخاص المكلفون بالدعاية جهالا بطرق الدعاية وجذب عقول الناس اليهم وكما أن قوة الوازع الديني كبيرة عند بعض الناس فقد تكون معدومة عند البعض الآخر كما أنه قد يوجد أشخاص في حال وسط بين هذين .

قد يرى بعضهم أنه من قصر النظر في عواقب الأمور توجيه أى لوم لمريض يحضر مصابا بهذه الأمراض غير أن البعض الآخر يرى أن في هذا التعنيف حكمة في محاربة الأمراض من حيث هي لكي يتعظ المريض ويتحامي أن ينقل عدوى مرضه لشخص آخر أثناء علاجه وبذكر بمزيد الأسف أن أغلب المرشدين والوعاظ من أى ديانة كانت

يحتاجون إلى كثير من التجارب العملية الاجتماعية يسترشدون بها إلى مواضع الضعف في الشخص المصاب أو في الأشخاص الذين تقع أمامهم ليقوموا أعوجاجهم ، نعم قد جاء وعملهم بفائدة تذكر ضد الخمر التي ضررها بالجسم أضعف بكثير من ضرر هذه الأمراض فيظهر لنا وإخالة هذه أن القسس والمرشدين لم يدركوا لأن حقيقة عقلية الجمهور الذين هم موكلون بإرشاده ومن المؤكد أنه سيأتي وقت على هؤلاء القسس والمرشدين لا يجدون فيه أمامهم أحدا يعظونه إذا لم يجتهدوا في تدبير وإلقاء الوعظ حسب الظروف وماتقتضيه عقلية الجمهور .

وربما يكون السبب في عدم تأثير دعاية العلماء والقسس ضد الأمراض الزهرية عدم إدراكهم العلاقة الشديدة بين هذه الأمراض والزنا فيجب علينا نحن الأطباء تهويم إدراكهم وتغذيتهم بما يناسب عقولهم من القواعد الفنية الحديثة حتى يعرفوا بعض ما يلزمهم من النظريات الحديثة ليقتنعوا سامعينهم باللغة عذبة بسيطة بصحة دعايتهم ضد الزنا ولتفهمهم ما للزنا من القوة في انتشار الأمراض الزهرية وما لهذه من انعواقب الوخيمة .

ومن الضروري جدًا أن يكون هؤلاء الوعاظ على شيء من الشجاعة ومقابلة الحقائق وجها لوجه . وضروري جدًا أن يتأملوا أولئك الذين لا يبالون بالدين والوعظ بشيء من الرزانة والتؤدة وحسن المعاملة وسعة الصدر حتى يردوهم عن البغي إلى الرشدة ، نعم لا ينتظر أن تجني ثمار ذلك عاجلا — لأن المسألة عويصة — وتحويل الجمهور عن شيء اعتاده من

قرون مضت من أصعب الأمور ولكن لا نياس ولا يطرق قلوبنا اليأس لموقعة هائلة وطويلة وشاقة ولكن بالمثابرة على العمل يكون الفوز لاشك حليفنا فقد يقابلون ذلك بالإعراض والاستهزاء وعدم الاكتراث فليقابلوا في ذلك بالحلم والحيلة .

إنى آسف أن أقتر أن النظريات الدينية المحضة وحدها سلاح عقيم ضد هذه الأمراض فكثير من الناس في وقتنا الحاضر لا يدرون من الديانة شيئاً يذكر فالمسلم مسلم لأن أباه مسلم ، والمسيحي مسيحي لأن أباه مسيحي أيضاً وهكذا أما اعتناق الديانة على نور وعلم وهداية فهذا قليل في وقتنا الحاضر إذ أصبح الجمهور يعبد الماديات وعالم الديانة فضلاً عن أنها لا تقوم بحاجة معتققيها فانها تعودهم على الزهد والتقشف الخ . ومستلزمات أخرى لا يؤد كثير من الناس متابعتها أو ضياع الوقت (كما يسمونه) في بحثها من هوائى جلياً ضرورة استكشاف سلاح آخر يساعدنا في المضى فيما نحن عازمون عليه من محاربة انتشار هذه الأمراض وبطبيعة الحال إذا رأينا عدم تأثير نصيحنا الدينى فى الجمهور فيلزمنا عدم تعريض النظريات الدينية للهزء والسخرية .

ونرجع الى طريقة تقويم قوة الإرادة فى النفوس لتقاوم فى نفسها ما تتطلبه الطبيعة منها من الزنا فنرشدها من بدئها بأن فى ذلك شراً والنفس عادة لا تجب الشرف فتقاومه فيلزمنا تربية النفوس على نظريات الكمال والشجاعة حتى يكون عندنا مجموعة من هؤلاء النفوس الكريمة فتقاومه وتحتقر (الزنا) من الصغر بما يعتقدونه عن حق للوصول الى درجات الكمال

المنشودة في المجتمع أقول ذلك مع علمي بأن فكرتي هذه لا بد وأن تقابل من بعض الناس بالهزاء والسخرية .

الخوف على النفس

تجد أن قوة الخوف على النفس من الأمراض الزهرية ليست كبيرة كما كنت وأهما . أنا أعترف بوجودها ولكن تأثيرها في النفس ليس بالكافي أو بالرادع لها عن الوقوع في الشرك فالطبيب يعلم أن الخمر سم ولكنه يتجرعها فكل منا يحفظ نظريات وعالم بصحتها ولكنه لا يتبعها .

الخوف على الآخرين

قد ثبت أن صفة الخوف ضعيفة في الإنسان بالنسبة لنفسه فكم يكون لها من قوة في نفسه بالنسبة للآخرين إن الشعور بالخير للغير والاحساس له والاحسان عليه صفات موجودة ولكنها كما تعلم أصبحت ضرورية فقط أو على الأقل ليس لها من التأثير مثل ما نقرؤه عنها في كتبنا أو ما نعلمه للشع الحديث .

الازدراء (السقوط من العين) أمام الشريكة (وهي المرأة)

إن قوة الازدراء التي قد تقابل بها المرأة الرجل الذي سبب لها العدوى لا تأثير لها مطلقا على الرجل العادي فهناك أمم لا زالت حية وبالغة درجة عظمى من الرقي تعطى العاهرات مكانا رحبا في هيئة المجتمع وقد سمعت حديثا أن إحدى هذه الأمم أنعمت على عاهرة برتبة لتفوقها في صفاتها الخاصة بالعاهرة !

وهذا فساد آخر في أعرق الأمم حضارة وذلك أنه إذا جاء شاب وطلب يد فتاة طاهرة للزواج منها فقد تنابها لأنها تحب أن تمتع نفسها بالدنيا قبل أن تدخل حظيرة الزواج فتأمل فهل بعد هذا للديانة من قوة لردع مثل هذا الفساد .

فالزنا صناعة من قديم الأزل باقية وسوف تبقى وإن تموت فلتبحث لنا عن طريق آخر غير الديانة .

التربية

(١) في الدائرة الطبية الفنية

الطالبة — نسطر بمزيد السرور بأن في مدرسة الطب المصرية قسما خاصا لدراسة الأمراض الزهرية يمضى الطلبة فيه نحو من ستة أسابيع للدراسة ومشاهدة هذه الأمراض خاصة وأن هذه الطريقة غير متبعة في أغلب ممالك العالم وإنما يترك تلميذ الطب يلتقط من هنا وهناك ما قد يصادفه منها أثناء دراسة فني الجراحة والأمراض الباطنية نعم قد يرى هذه الأمراض طورا بنفسها وطورا بمضايفاتها ولكنني أفضل دراستها كفرع خاص لتجذب أهميتها التفات الطلبة حتى يتخرجوا وهم على شيء من العلم الذي يخدمهم كثير في مهنة مهنتهم كأطباء كسكول في الخارج وحيث إن العلامة أوزلر روى أن الأمراض الزهرية بأنواعها مكونة لثلث مجموعة الأمراض فترى والحالة هذه أن تعنى مدارس طب العالم بتدريس هذه الأمراض كقسم خاص قائم بذاته من تلقاء نفسها حيث

سيأتي وقت تضطر لعمل ذلك تحت ضغط الجمهور . وأنا على يقين من أن برنامج الطلبة الحاضر مستوف للنهاية ولكن من المؤكد أنه يمكننا الاستغناء عن بعض الأمور وحذفها والاستعاضة بأمر أساسي جوهري كدراسة الأمراض الزهرية فمثلاً عندما كثير من النظريات التشريحية ومعلومات عنها لا تقع للطلاب أثناء دراسة الجراحة والأمراض الباطنية فهي الامكان حذفها كما توجد أقسام لأمراض الأذن ليس لها من الفائدة للطلاب ما هذه الأمراض كل ذلك في الامكان حذفه وأنا على يقين أننا لو نجحنا في تفهيم الطلبة ما هذه الأمراض من الأهمية لسهل علينا الشيء الكثير من مهمتنا .

الأطباء

من المسلم به أنه يجب على كل طبيب التزوّد بقليل من الفن الخاص بالأمراض الزهرية قبل التخرج ومن الأسف أنه يوجد عدد كبير من الأطباء لا يعرفون التزوير اليسير عن هذه الأمراض فبأى طريقة ياترى يمكننا تزويد هؤلاء الأطباء بالعموميات من الفن اللازمة لهذه الأمراض . في البلدان الكبيرة يمكن هؤلاء الأطباء المواظبة على حضور عيادة خارجية للأمراض السرية وأنا واثق من أنه لا يمضى عليهم وقت طويل حتى يجعروا المعلومات الكافية التي تؤهلهم لمباشرة علاج هذه الأمراض بأنفسهم في الخارج .

نعم إنى أعترف بأنه لا يوجد عندهم الوقت الكافى للاستمرار على حضور العيادة لأن أشغالهم الخاصة لا تسمح لهم بالتغيب عنها ثلاث مرات

في الاسبوع وفي كل مرة يضع عليهم نصف يوم ويجوز أن تعوّضهم
مصلحة الصحة العامة بمكافأة مالية لتعوّض نفقاتهم في مدة الغياب لأنه من
المؤكد أن في تعلمهم شيئا عن هذه الأمراض فائدة وهو ما تكسبه في صحة
الجمهور أضعافا مضاعفة .

أما الأطباء الذين يعيشون في القرى فمن الصعب جدا أن نطالب منهم
تضحية أيام بأكلهم لمباشرة حضور عيادة خارجية فيحسن والحالة هذه
أن تكلف مصلحة الصحة العامة هؤلاء الأطباء بالحضور في مركز من
المراكز حيث يمكن إعطاؤهم الفرصة لمشاهدة ودرس هذه الأمراض
تحت إدارة معلم حاذق ومهما قصر الوقت الذي يصرفونه للدرس فهو
في منفعة الصالح العام وفي مصلحة الطبيب أيضا حتى إذا أتى تنفيذ هذه
الفكرة بنتائج حسنة يمكن تعميم ذلك في أكثر من نقطة واحدة في التطر
ويجدر بمصلحة الصحة أن تقوم بنفقات هؤلاء الأطباء من أجرة السفر
والإقامة وتعويض ما يخسرونه بترك عيادتهم مدة أسبوعين أو ثلاثة على
الأكثر وأن هذا المشروع وإن احتاج لنفقات كثيرة غير أنه يوفر علينا فتح
عيادات سرية لهذه الأمراض في المستقبل .

إنشاء مكتب رئيسي لتوزيع أحدث المعلومات الفنية

المستحدثة الخاصة بالأمراض الزهرية

لا شك أنه يوجد في البلاد الأجنبية كثير من المستشفيات والعيادات
والجمعيات الخيرية لمساعدة المصابين بهذه الأمراض في العلاج . ومن المؤكد

أنه يوجد وسائل معلقة خاصة بالأمراض الزهرية وذلك مثل العهارة والتبليغ الإجبارى عن الأمراض الزهرية والتشريع الاقتصادى الخاص بها الخ مما يطلب معاونة أهل الفن الطبى والجمهور وقد يضيع الوقت فى البحث عن إيجاد معلومات قيمة خاصة بتلك المسائل أو غيرها ، وبما أن التفات الجمهور أخذ فى التزايد فمن المؤكد أنه سيأتى وقت قريب أو بعيد يحتاج فيه للحصول على معلومات وثيقة تتعلق بالأمراض المذكورة ويظهر جليا أن إنشاء مركز رئيسى يكون قادرا على الفصل فى مثل هذه الموضوعات بما له من الخبرة المكتسبة ضرورى جدا لمحاربة هذه الأمراض . وذلك بأن يشتغل مديرو هذا المكتب بجمع المعلومات والاحصائيات الخاصة بهذه الأمراض فى القطر كما أنه يكون مطلعا على أحدث ما قيل وما كتب عنها خاصا بها ويحسن أن يقسم المكتب الى قسمين : قسم فى وقسم اجتماعى ويكون ذا صبغة رسمية مع مصابحة الصحة العامة ولا يختص بأعمال التمهيدات (البروباجاندة) ضد هذه الأمراض فقط إذ لا بأس أن يكون فى مخبرة دائمة مع ما يماثله فى الممالك الأخرى ومن هنا يكون هذا المكتب ذا قيمة فنية وإدارية وذا معلومات واسعة خاصة بهذه الأمراض يعتمد عليها ولا بأس من إيجاد دار للمكتب لهذا المكتب تكون خاصة بهذه الأمراض ويسمح للأطباء والطلبة بالحضور والتردد إليها .

الجمهور

الجمعية الملكية للأمراض الزهرية والمجاس الأهلى
لمة وممة الأمراض الزهرية (فى برىطانيا)

أنشئت هذه الجمعية سنة ١٩١٣ برأى فطاحل الفن السير تومس والسير موريس ودكتور وايت وهو أول من جذب نظر الجمهور الى النقص الكبير الموجود فى برىطانيا ومن عدم وجود إحصائيات رسمية ترتكز على حقائق ثابتة لهذه الأمراض كما أنها أثارت فكر الجمهور الى نقص الاستعداد الموجود إذ ذاك لمعالجة الفقراء المصابين بهذه الأمراض وقد أشارت فى تقريرها الى أن الملكة البرىطانية معترفة بهذه الأمراض ويحزننا أنه لم يتيسر لهذه الجمعية أن تحصل على معلومات وافية خاصة بالعاهرة (المادية وغيرها) مع ما لهذا من الأهمية الكبرى فى الموضوع ومن المسلم به أنه يجب معرفة الأسباب التفصيلية الخاصة بتفشى الأمراض الزهرية قبل ما نضع اللازم لتلطيف وطأتها ومحاربتها .

ومن الضرورى لأبحاث هذه الجمعية أن تكون عامة بالطرق المباشرة وغيرها لمنع هذه الأمراض . فمثلا عليها أن تنصل فى نظرية التطهير الشخصى الموضعى ونظرية العلاج المبكر وقيمتها علميا لأن هاتين النظريتين لا تزالان تحت البحث وبين الأخذ والرد حتى فى وقتنا الحاضر وقد تألف المجلس الأهلى بناء على إرشاد هذه الجمعية لمحاربة هذه الأمراض وحينما تألف هذا المجلس نظر فى نظرية التطهير الشخصى كملاج واق من هذه

الأمراض وقد اختلفت الآراء في المحاسن المذكور في قيمة هذا العلاج لأن بعضهم لا يصدق بقيمته ونظريته ويعتقد البعض الآخر أن عملية التطهير نفسها تحسن الآداب كثيرا .

ميل الشعب الى معرفة بعض معلومات فنية

وثيقة خاصة بالأمراض الزهرية

(الكتب والمحاضرات)

وقد ألغت الكتب والنشرات والمقالات الكثيرة الخاصة بأسباب الأمراض الزهرية وانتشارها وخطورتها وطرق تقليلها بواسطة أفراد كثيرين وجمعيات مؤلفة لهذا الغرض وقد أفاضت الجمعية الملوكية البريطانية في جمع هذه المعلومات ووضعها تحت طلب الجمهور ومن المدهش أنه في أثناء الحرب قد أقيمت محاضرات كثيرة جدا للجند خاصة بهذه الأمراض بواسطة أطباء الجيش والبحرية وذلك لم يمنع القيام بالقاء مثل هذه المحاضرات على الرجال والنساء والشبان غير المجنسين خصوصا في هيئة العمال والمعلمين والقسيس والمرضات الخ .

شرائط سينماتغرافية

إعلانات في الجرائد ومحاضرات في علم الحياة والكائنات الحية

لقد استعملت شرائط الصور المتحركة في الاعلان عن هذه الأمراض وعواقبها ولكن من الضروري جدا عدم المغالاة في نتائجها أمام الجمهور وإلا ضاعت النتيجة المنتظرة فيها ويلزم فهم عقلية متوسط الناس في الأمة

لوضع هذه الشرائط بطريقة مقبولة ومعقولة لديهم وقد استعملت طريقة الإعلان في الجرائد اليومية والأسبوعية والشهرية للتأثير على الجمهور خصوصا الجرائد المصقورة لتبين حالة الذين ينغمسون في الأمراض من الزنا وشرح نتيجة من يحمل نفسه في العلاج أيضا كما وأنها ترشد الذين يحبون الاطمئنان على أنفسهم أكثر من العيادات الخاصة بذلك والموتون بنتائجها (سواء كانت مجانية أم لا) ولا شك أن استعمال هذه الطريقة يضطر أناسا كثيرين لعرض أنفسهم على أطباء مهرة في هذه الفنون .

أما المحاضرات في علم الحياة الخاصة بالشفوة عند الجنسين وعلاقتها وكيفية نموها فهي مما يلد السامعين سماعه ولذلك أكتسبت أناسا كثيرين معرفة ما يجب عليهم عمله وما لا يجب .

أما عيوب هذه المحاضرات فهي :

(أولا) التسوكل على قوة وازع الخوف وأن مضار الخوف هي أن نسبة صغيرة من المجموع الانساني يمنع الخوف عن الانغماس في الزنا لوقت ما وبعد ذلك فقد يعود أكثرهم الى عدم المبالاة بالخوف .

(ثانيا) أنه غير طبعي أن يعتمد الانسان على خاصية موجودة بدرجة مختلفة في الطبقة الاجتماعية مع العلم بأنها معدومة عند كثير من الناس ولها تأثير خفيف ربما كان وفتيا في معظم الناس لمحاربة هذه الأمراض فيجب لا تقصد مطلقا أن تخيف الجمهور من عواقب الزنا لمجرد احتمال عدوى الأمراض الزهرية كلا وإنما يجب تعليم الجمهور

بأن الزنا نفسه هو ضد الدين وضد الآداب وضد الهيئة الاجتماعية لكونه عملاً غير شرعي .

ثالثاً أن الأطباء المختصين بالأمراض الزهرية كثيراً ما يشاهدون انحرافاً في عقل بعض الناس وذلك نتيجة الخوف من الأمراض الزهرية وربما كان هذا الانحراف العقلي أشد خطراً على هؤلاء الناس من الإصابة بالأمراض الزهرية نفسها وغالباً يصل هذا الانحراف في العقل إلى درجة مخيفة في حالة حصول العدوى الفعلية .

ويحسن والحالة هذه الاتفاق على رأى نهائى فاصل فيما يجب القاؤه على الجمهور بخصوص حياته الطبيعية والاجتماعية والنفسية وعلاقة الرجل بالمرأة الطبيعية بقدر ما يستطيع فنياً مع ملاحظة أخلاق العصر الحاضر وعوائده على قدر المستطاع .

(ملاحظة) كل ما ذكرناه هنا خاصاً بالتربية حقيقىً وجميل ولكن النظريات شكل والواقع شكل آخر فالواقع عندنا في مصر بل وفي كل العالم أن الطبقة العالية الممتازة بالغنى والسهولة في الحصول على تثقيف العقول هي أكثر إصابة بهذه الأمراض من الطبقات الأخرى ومع الأسف فإن هذه الطبقات تعتبر الزنا شيئاً عادياً وتنقص درجة هذا الاعتبار كلما تنزلنا إلى الطبقات الاجتماعية الصغيرة (الفقراء) فلا بد والحالة هذه أن نستكشف برنامجاً جديداً يقلب هيئة طبائع العصر الحالى بحيث يزيل هذه الفكرة سريعا من المجموع البشرى وإلا انتهى بنا هذا النظام الحالى إلى انحراب الاجتماعى .

الإرشادات الواجب علينا تعليمها للطالبة في المدارس الحرة
ومن المحزن أنه لا يوجد شيء من هذا في الوقت الحاضر مع العلم بأن
نظريات بسيطة تلقى للنشء في حالة الصغر قد تعود علينا بفائدة عظيمة
من الوجهة الصحية في المستقبل .

أليس من الغريب أن يتخرج الطالبة في المدارس بعد انتهاء الدراسة
ويخرجوا إلى الحياة العملية وهم لا يدرون شيئاً خاصاً باحتمال ما سيقابلهم
من المخاطر في الحياة العملية المستقبلية .

وقد طلبت من وزارة المعارف إلقاء محاضرات عن هذه الأمراض
لطالبة المدارس العالية والثانوية فلم أجد أذناً صاغية لذلك مع العلم بأن
المعلومات العامة التي تلقى هؤلاء الطالبة تفيدهم كثيراً من الوجهة العملية
في مقابلة الأخطار التي هم معرضون لها .

أما القول بأن هذه المحاضرات خطر على النشء لأنها (تفتح العين)
فهو قول مردود لأن الطالب الذي في سن ١٥ - ١٨ سنة قد تغير
وسيطه كلية عنه في الجيل السابق .

وقد يحسن التوسط بين الأمرين وذلك بأن تلقى المحاضرات
في الأسابيع الأخيرة التي للطالب قبل تركه الدراسة والخروج إلى الحياة
العملية وربما قال بعضهم : إن تلقين الطالب هذه النظريات هو من
الواجبات الأبوية في المنزل فمع موافقتنا على ذلك نعلم أن معلومات
الوالدين في هذه الأمراض ليست بالوافية ولا الشافية وربما كانا

يجعلها كلية ولذلك يجب أن نرحب بمحاضرات الطبيب في المدارس من بنين وبنات .

تعليم القابلات شيئا عن الأمراض الزهرية

من المؤكد أنه لا يوجد شيء من هذا في مدرسة القابلات بالقصر العيني أما في إنجلترا فقد وضع برنامج حديث للممرضات بناء على إشارة الجمعية الملكية للأمراض الزهرية والحقيقة أنه يجب إعطاء دروس طبية فنية واجتماعية لهم وخصوصا ما يتعلق بمزاولة مهنتهم في الولادة وغيرها لأن الفائدة ليست قاصرة عليهم فقط بل تعود غالبا على المرضى اللاتي قابلهم ومن اللازم تفهيمهم أنه ليس من الآداب الفنية الإعراض والاحتقار للمرضى المصابين بهذه الأمراض وقت العلاج أو في أى وقت كان وأيضا يجب عليهم أن يفهموا بأنه لا خطر عليهم في موالاة المرضى بهذه الأمراض إلا مثل ما يكون من الخطر من موالاتهم التغيير على الجروح المتعفنة أو غيرها .

إذا سلمنا بذلك فلا بأس من إلقاء هذه المحاضرات أيضا على القابلات والحكيمات اللاتي تخرجن من مدة طويلة بدون أخذ نصيبهن من العلم في هذه الأمراض لأن صاحبات الشهادات منهم كما لا يخفى سيستمررن في الحياة العملية مدة جيل أو أكثر ومن البديهي أن تكون هذه المحاضرات مجانية .

الصحة والجماع غير المنتظم

من الخطأ فكرة إيجاد تناسب بينه وبين الإدمان في الخمر. لقد حملت الناس قديماً حملة شعواء على الخمر مستمدين معلوماتهم من النصوص التي في بعض الديانات في تحريمها وعن ضررها البالغ صحياً حتى ولو أخذت بمقايير طافية جداً نعم قد أثرت هذه الحملة حتى إن الولايات المتحدة الأمريكية وهي أعظم الأمم حضارة ورقياً أمرت بتحريمها في بلادها وعدم صنعها وعدم التجارة بها (مع العلم بأن ذلك كان يعود عليها بفوائد مادية لا تقدر) وكذا حذرت حدودها الأمة النرويجية وأما الأمم الأخرى فقد اكتفت بوضع ضرائب عالية عليها لمنع معظم الجمهور مادياً من تعاطيها . .

أما مسألة الإفراط في الزنا فهي تختلف كثيراً عن مسألة الكحول (الإدمان في المسكر) لأنه من المؤكد أنه لا يمكننا القول بأن الإفراط في الجماع يضر صحياً كضرر الإفراط في الخمر ولو أن بعضهم يجبذ ذلك وهو يعلم بأن هذه الفكرة ليست حقيقية وأكرر هنا بكل صراحة أن الإفراط في الجماع الطبيعي مع الوثوق بعدم وجود أمراض اجتماعية لا يضر الصحة مطلقاً ولا تأثير له فيما ولا ريب في أن جميع الأطباء موافقون على ذلك حتى الذين ينصحون الناس باستعمال التطهير الشخصي بعد اجماع أو اتخاذ العلاج المبكر في الأحوال التي حصلت بها إصابة .

٣

الاجراءات الطبية والصحية الواقية

مقدمة

أما الآن وقد شرحنا قوة الديانة والآداب والتربية في منع الزنا وكون هذا الأخير سببا في الأمراض الزهرية فمن المؤكد أن اتباع هذه النصائح لا بد أن تعود علينا بالفوز ضد هذه الأمراض ولكن كما أنه من المهم منع انتشار هذه الأمراض بالوسائل السالفة الذكر فمن المهم أيضا معالجة المصابين بها الآن ليقفل انتشار العدوى فيهم .

فالزنا منتشر الآن انتشارا فظيعا وسيستمر كذلك أجيالا قادمة وسيقاوم كل التأثيرات الدينية والعلمية (في وسائل التربية) الى أمد بعيد لأن هذه لها تأثيرها فقط في النشء الصغير أما في الشباب فلا تأثير لها . ومن المؤكد أن هناك أشخاصا كثيرين لا يتأثرون مطلقا ولا يمتنعون أبدا عن الزنا تحت تأثير الوسائل السابقة الذكر فيجب علينا حمايتهم والحالة هذه من الأمراض الزهرية ولذلك يجب علينا أن توجد ما يلزم لهم للحصول على المناعة التامة منها صحيا وأدبيا .

الاحتياطات الواقية الشخصية

لا تزال نظرية التبليغ الإجباري عن الأمراض الزهرية لمصلحة الصحة آخذة في الجدل وكذا نظرية الاجراءات الواقية الشخصية وإن

الإنسان ليسرّ حينما يعرف أن هذين النظريتين الأهمية المعطاة الآن هما من المناقشة في الدوائر الفنية فكثيرا ما كتبت وكثيرا ما ألقيت الخطب في هذه المواضيع وبعضها يحيد النظريتين الأخيرتين وبعضها يفند منافعهما ويبين الآثار التي تعود على المجتمع من اتباعهما أو أخذهما أساسا عاما للعمل وقد اتخذت طريقة التبليغ السري عن هذه الأمراض بل ومراقبة المصابين بها في المواظبة على علاج أنفسهم أساسا في بلاد الدانيمارك من مدة ويسرّ القارئ أن يعرف أن جمهور هذه البلاد ابتداءً يحظى فوائد التبليغ مع ما فيه من بعض المضايقات الشخصية أحيانا للمصابين .

ما هي الإجراءات الصحية التي ننصح باستعمالها لشخص تعرّض للعدوى من هذه الأمراض ؟

(أ) التطهير الشخصي المباشر في الحال .

(ب) العلاج الوقائي المبكر وسأشرح ما أقصده من هذين التعبيرين .

(أ) التطهير الشخصي المباشر الحال — يستعمل التطهير الشخصي قبل الجماع وبعد الانتهاء منه مباشرة .

العلاج الوقائي المبكر هو عبارة عن استعمال حقن وغسل وتدليك بالمواهم في زمن التفريخ ويأتي هذا العلاج بفوائد جلية في مدة الاثنتي عشرة ساعة الأولى بعد ساعة التعرض للعدوى في مرض الزهري وفي مدة الأربع وعشرين ساعة الأولى لمرض السيلان .

التطهير الشخصي المباشر السريع — المرجو من القارئ ألا يكون متصرا لرأى ومتعصبا له دون آخر بل يلزمه التفكير وجمع الأمور المعضدة لكل من الرأيين ويزنها بنفسه ثم يتبع ما يراه صالحا بعد ذلك .

إن أهم نقطة في ذلك تنحصر في تفهيم الجمهور وحده على ألا يتوان في عمل التطهير الشخصي السريع وفي إقناعه بالحضور لطبيب حينما يشعر بتعرضه للعدوى في أوائل زمن التفريخ لأنه كلما تأخر عن مباشرة عمل ما يؤمر به للوقاية كان أكثر عرضة لفتك الأمراض به .

فهذا هو أحسن شيء لعمل التطهير . ويجب التجاوز عن الشعور الأدبي الذي يحدث من عمله مع التسليم بأن عمل التطهير المباشر السريع يقي الشخص شر الوقوع في المرض في معظم الأحوال كما يجب أيضا تعميم كل فرد في المجتمع (ذكرنا أو أنثى) ما يجب عليه عمله للوقاية من الأمراض هذا هو الرأي السديد لجمعية الوقاية من الأمراض الزهرية ندعو إليه بكل ما عندنا من قوة للوقاية منها ومحاربة انتشارها مع العلم أننا نعطف كل العطف على الطرق الأخرى كالوازع الديني والأدبي وتربية الناشء لعلمنا بأنها قد لا تخلو من الفائدة في تقليل الزنا .

وبعضهم يرى معارضة فكرة التطهير الشخصي السريع بغير غسل الأعضاء بالماء والصابون بعد انتهاء الجماع لهذين السببين :

(١) إن الشخص الذي تعرض للعدوى لا يمكنه بأي حال من الأحوال مباشرة عمل التطهير الموصى به بالدقة اللازمة ليأمن المرض وبناء على ذلك يكون عنده اطمئنان كاذب ولا يخفى ما في هذا من المصائب .

(٢) إن الدعاية للوقاية من هذه الأمراض بالشكل التأكدي الذي تلقى به الخطابات والطرق الأخرى تشجع كثيرا على الزنا وذلك مما يحط من قيمة الآداب الاجتماعية (إذ كل فرد يعلم أنه بعمل التطهير الشخصي السريع يأمن شر الأمراض فطبعاً لا يتنعمه ذلك من الاستمرار في الزنا قدر استطاعته) .

العلاج الواقى المبكر

يعمل هذا العلاج بواسطة لطبيب نفسه الذى ينبغي أن يكون متميزاً على هذه الأحوال ومستعداً لذلك فى عيادته الخاصة كما أنه يعمل أيضاً فى العيادة السرية وكما أن التطهير الشخصى السريع يحتاج الى دقة فى عمله كذلك نلزم هذه الدقة فى العلاج الواقى المبكر ليكون ذا نتيجة جيدة وهى الوقاية ولذلك يجب أن تكون العيادات السرية مفتوحة الأبواب ليل نهار وقد قال الدكتور « ألان » : إن عدد الرجال الذين يحضرون لعمل العلاج الواقى يزداد شيئاً فشيئاً فى العيادة السرية تحت رياسته وكذا تعود بعضهم الحضور فى أقرب فرصة بعد انتهاء الجماع ولا شك أن هذا يساعد كثيراً على تقليل الاصابات .

الاعتراضات على العلاج الواقى المبكر

(١) إن أغلب الجمهور يجتنب الحضور الى العيادة السرية بعد انتهاء الجماع مباشرة خوفاً من الاعلان ولذلك يفضل عمل التطهير الشخصى السريع عنه .

(٢) إن مرور الساعات الكثيرة بعد انتهاء الجماع وقبل الحضور للعيادة السرية لعمل العلاج الوقائي المبكر قد تكسب الميكروبات فرصة مهاجمة الجسم وتجعل نسبة نجاح هذا العلاج صغيرة .

(٣) إذا كان من السهل المجازفة بوضع ساعات وإهمال عمل التطهير الشخصى السريع خوفاً من الخجل الأدبى الذى يعقب عمله فمن السهل جداً تحمل مخاطرة ظهور المرض ويحجب عن ذلك بأن فى الواقع ونفس الأمر أن الخطر الأدبى هو فى حمل القليل من الدواء اللازم فى كيس (جيب) الرجل أو المرأة اللذين يتعرضان للزنا ويلزمنا القول صراحة بأنه إذا اعتقد شخص أن سلامته تكون فى عمل العلاج الوقائي المبكر فلا ضرر عليه من حمل الدواء وتخبيئته لعمل العلاج الشخصى السريع .

نبذة من تقرير فرع الجمعية الطبية لمقاومة الأمراض الزهرية
موزعة على الذين سينتظمون فى سلك الجندية للوقاية

من الأمراض الزهرية

(وقد انتخبت هذه اللجنة تحت إشراف وزارة الصحة فى إنجلترا)
الاجراءات الوقائية للأمراض الزهرية التى يعملها الشخص بنفسه :

(١) يشمل العلاج الوقائي المبكر بعد العلاج مباشرة .

(٢) يشمل العلاج الإجهاضى الذى يباشره الطبيب وقت ظهور
أول عوارض المرض .

(٣) خلاصة التجارب الخاصة بنتيجة توزيع المطهرات قبل التعرض للعدوى على الجنود .

(أ) يمكن التأكد من أن بعض العقاقير إذا استعملت بدقة كافية تمنع من ظهور المرض .

(ب) إذا لم تستعمل هذه العقاقير بدقة ومهارة فلا فائدة تأتي منها .

(ج) إن توزيع العقاقير الواقية تشجع كثيرا الإقدام على المجازفة في الزنا مع أشخاص لم يكن في نيّتهم قرب الزنا وكذلك إهمال استعمالها فإنه يزيد في نسبة الأمراض .

(د) إنه مع إلقاء تعليمات شديدة بخصوص استعمال هذه العقاقير نجد مع الأسف أن بعض أشخاص يبدو أن استعمالها وقت ظهور عوارض المرض فقط مع العلم بأن ما أعطى له لا يفيد الحالة بعد ظهور المرض وتوجد فكرة عامة وهي أن العقاقير التي تستعمل للوقاية من المرض من باب أولى تفيد في علاجه بعد ظهوره ولكن استعمال هذه العقاقير بعد ظهور المرض قد يخفى علينا معالمة في الوقت الذي يجب علينا معرفته لمقابلته بما يلزمه من العلاج .

(هـ) إن عمل العلاج الواقى المبكر بأيد ماهرة بعد التعرض للعدوى له نتائج أحسن مما يعملها الشخص كعلاج واقى شخصى سريع .

(و) إن الإدمان على السكر يقلل قيمة المسئولية الشخصية ولذا نجد إهمالا شديدا في المدمنين في عمل علاج التطهير الواقى الشخصى نفسه عن الحضور لعمل العلاج الواقى المبكر .

(ر) إن الإحصائيات الرسمية تشهد بأن توزيع العقاقير الواقية واستعمالها للتطهير لم يأتيا بنتيجة تشجعنا في الاستمرار على محاربة هذه الأمراض من هذه الوجهة .

(ح) إن فكرة نشر الألعاب الرياضية والسباحة قللت كثيرا من نسبة الأمراض الزهرية في الجيش قبل الحرب كما دلت التجارب على عكس ذلك أثناء الحرب حيث زادت هذه النسبة لعدم التمكن من السماح للجنود بالرياضة والسباحة اللازمين لهم .

(ط) يلزم عدم تقسيم مجهودنا لنظريات مشكوك في نتائجها والأولى بنا أن نوجه كل الجهود لعمل إعداد تمهيدات (بروباجانده) معقولة تحمل الجنود على استعمال العلاج الواقى المبكر مع إيجاد أطباء مهرة إخصائيين بهذه الأمراض لكي نشق من مداواة المصابين الذين يعالجون تحت رعايتهم وشفائهم لأن عدم النجاح في الحصول على الشفاء يترك مراكز كثيرة لنقل المسدوى .

لا شك أن القول الراجحة تثبت لنا أن ارتفاع معلومات الهيئة الاجتماعية وآدابها على اختلاف درجاتها تقلل من نسبة حصول هذه الأمراض ومما يؤسف له أنه لا شيء يعادل ارتفاع المستوى الأدبي لمحاربة هذه الأمراض .

نتيجة الخلاصة

لم تقتنع اللجنة بنتائج عملية سارة من توزيع العقاقير لعمل العلاج الواقى على الجنود حتى تنصح باستمرار هذا التوزيع . ومن المؤكد أنه

يوجد بعض أحوال ثابتة تبرهن على فائدة هذا العمل ولكنها قليلة نسبيا ونسبة عدم نجاحها كان أعظم وبناء على ذلك ليس من العقل مطلقا اجبار حكومة قما على توزيع هذه العقاقير مجانا للأشخاص الذين يقربون الزنا .

العدل يقضى علينا بذكر أفكار الذين هم أصحاب نظرية التطهير الشخصي السريع وترك للقارئ ما يراه صوابا ولولا أنى أرى أن أعضاء هذه اللجنة يشغلون مركزا عاليا فى الفن الطبى لما أعرت قرارهم أى أهمية فإن لجنة رئيسها اللورد استور ومن أعضائها السير ريد والسير دنكت وغيرهم جلديرة باحترام رأيها كما أنه لا بد لى من القول أيضا : بأن أولئك الفطاحل لم يباشروا بأنفسهم فى العيادات السرية أو فى مرضاهم المخصوصين نتيجة توزيع العقاقير وفائدتها وإنما مقصدى القول بأن حكمهم كان للنظريات والعواطف أكثر منه للعمل فقد نصبحوا لوزير الصحة فى انكلترا بأن معاضدة مسألة السرة (البقعة) أى توزيع العقاقير رسميا من الحكومة يقضى بانحطاط الآداب والافراط فى الزنا وسط الجمهور وأنا موقن بأنهم لو كانوا استعانوا بأشخاص من طبقة الأطباء العملية (المباشرة للعمل بنفسها) وجادلوهم لكان رأيهم على خلاف ذلك .

لقد كوّنت اللجنة رأيها بعد الاطلاع على جملة إحصائيات قُدمت إليها وكلنا يعرف قيمة الإحصائيات الفنية فى هذه الأمراض نعم قد انتدبت هذه اللجنة بعض المشجعين بالاعتراف الرسمى لتوزيع العقاقير أمثال السير أوزليير واللورد دوسن فكان من العدل أن تدون آرائهما لاطلاع

وزير الصحة عليها ومن هنا نعلم أن رأى هذه اللجنة كان يعوزه كثير من الترقى والحذر قبل إصداره .

أما ما يقوله الفريق المشجع لتوزيع العقاقير فهو أنه :

(أ) يجب الحذر من تصديق الإحصائيات في كل الأحوال خصوصاً في حالتنا هذه حتى ولو عملت بأمهر الإحصائيين — نحن لا نسلم مطلقاً بأن معظم الأحوال تتبع الإحصائيات مع احترامنا لصحتها ويلزمنا الاعتراف بأنه ربما كان هناك عامل أو عوامل مؤثرة إذا فحصناها بنية حسنة أدت إلى تعديل الرأى أو إبداله كلية .

(ب) إذا رفض أنصار نظرية عدم توزيع عقاقير للوقاية لأسباب أدبية محضه فلا أرى حقاً لهم في التعرض لتلككم بفائدة هذه العقاقير أو عدم فائدتها .

(ج) لا يفهم من رأى أنصار عمل التطهير الشخصى السريع لمقاومة الأمراض الزهرية أنهم أيضاً أنصار نظرية توزيع العقاقير .

(د) أما الذين يعارضون فى استعمال التطهير الشخصى السريع لأسباب أدبية فيجب عليهم إقناع أنفسهم بأن الاغراء الذى يحدثه حمل العقاقير فى (الحيوب) لا يعادل إعلان نظريتهم للجمهور بأن العلاج المبكر خير من عمل التطهير الشخصى السريع .

(هـ) إن جميع الآراء متفقة على أن انتشار الزنا فى المجتمع هو هادم ومخرب للأسرة فى الأمة .

(و) إن غرضنا الأول الوحيد تقليل نسبة الزنا بكل وسيلة ممكنة بصرف النظر عن نظريات الوقاية والعلاج المبكر والتربية والآداب والدين فهل في الامكان ذلك ؟

لا بأس من ذكر خلاصة رأى جريدة اللانست الطبية الصادرة في ١٨ أكتوبر سنة ١٩١٩ في هذا الموضوع قالت : إن هناك نظريتين :
(١) استعمال التطهير الشخصى الواقى السريع .

(٢) استعمال العلاج المبكر فى الساعات الأولى بعد التعرض للعدوى ونحن نرى أن الأسباب التى يتركز عليها كل من الفريقين لا زالت ناقصة وتحتاج الى كثير من البحث والفحص قبل تكوين رأينا النهائى فى الموضوع ولا توجد لدينا إحصائيات كبيرة للبت فيه فواجب على جمعية مقاومة الأمراض الزهرية أن تعنى بجمع المعلومات الواقية الوثيقة والاحصائيات التى لاغنى عنها قبل أن تقول لنا كلمتها الأخيرة فى الموضوع وقالت أيضا : إن الذين لا يوافقون على النصيح باستعمال العلاج الشخصى الواقى لأسباب أدبية خوفا من تشجيع الجمهور على الإقدام على الزنا وتسهيل السبل له بذلك فننحط درجة الآداب العامة فينهمون أضدادهم أنه بإزالة الخوف من الجمهور (وذلك طبعاً بتوزيع العقاقير) لا شك أنهم هم المسؤولون عن ذلك بتوزيعهم للعقاقير .

إن الآداب والديانة لا يزيدان وازع الخوف فى الانسان كما أن صفة الخوف مفقودة من معظم الجمهور لذلك تجد الذين لا خوف عندهم

يجازفون بالزنا ويجهلهم بطرق الوقاية تزيد نسبة الأمراض الزهرية بطبيعة الحال وربما ينتهى فى البعض بنقل العدوى لانسلمهم وأزواجهم فلو برهن على أن استعمال التطهير الشخصى للوقاية أتى بفوائد جلية وهو كاف اذا استعمل جيداً فى منع الأمراض لتحمل الذين يمنعون شيوعه لأسباب أدبية عظمى على أنفسهم ونكون إذ ذاك قد ضحينا بصالح الجمهور نظير ما نسميه بالمسؤولية الأدبية فمسألة استعمال التطهير الشخصى للوقاية تجاوب طيباً عن نتائجها ولكن هل لأنصار نظرية المحافظة على الآداب من جواب ؟

على أى سبب ينبون نظريتهم وهى أن الخوف يمنع الزنا فهذا بحث دقيق شامل لكل هذه النقط ربما يؤدى الى اتحاد النظريتين من وجهة العمل بدلاً من تضادهما سواء كان ذلك باستعمال العلاج الشخصى الواقى أم العلاج المبكر .

ونحن نعتقد أنه لو بحث المعارضون نظريتهم بدقة وحصروها فى النقط المهمة الدقيقة فقط لانبجلت لهم حقيقة دعايتهم ولا مانع إذ ذاك من نشر دعايتهم الأخرى (اذا رأوا فيها صواباً) وهى أن الغسل بالماء والصابون بعد الجماع مباشرة قد يكفى لوقاية الانسان من العدوى من هذه الأمراض ولو سلمنا جدلاً أن هذا النوع من الدعاية كاف للوقاية من العدوى ألا يتحمل نشر هذه الدعاية نفس المسؤولية الأدبية التى يتحملها أنصار دعاية استعمال العقاقير (المرهم ومحلول البرمنجانات الخ) للوقاية من المرض وكذلك أيضاً أنصار نشر نظرية النصيح باستعمال العلاج المبكر لا يخلون

من نفس المسئولية الأدبية . إن الفرق بين نظرية استعمال العلاج الشخصى الواقع ونظرية استعمال العلاج المبكر هو بضع ساعات فقط وليس القول بأن هناك فرقا بينهما سفسطة فالأجدر بالذين يرون أن هناك فرقا أن يوضحوا لنا بجلاء أسباب قولهم .

إن الجمهور يمكنه تقسيمه الى ثلاثة أقسام :

(١) قسم منه لا يمكنه أولا يرضى عمل العلاج الشخصى الواقع السريع ويلزمنا إعطاء الفرص الكافية مع التسهيل اللازم لهذا القسم للحضور للعيادات السرية .

(٢) وهناك قسم آخر لا يمكنه بأى حال من الأحوال مباشرة استعمال العلاج الواقع المبكر سواء كان ذلك فى العيادة السرية أم كان عند طبيبه انخاص مع العلم بأن جزءا من هذا القسم لا يرغب مطلقا فى انتهاز فرصة وجود هذا التسهيل له فيلزم والحالة هذه نصيحهم باستعمال العلاج الشخصى السريع Naufrage .

(٣) والقسم الثالث منتصف بترعة الشباب ويتخضع للتأثيرات الأدبية والخيالية أو تأثير الديانة غالبا فلهم هذا القسم يلزمنا بذل كل مجهود لإرشاده والتأثير فيه .

فيجب والحالة هذه توحيد مجهودات جميع الجمعيات والمجالس الخاصة لمحاربة هذا المرض ولا بد من استكشاف قاعدة فنية تصلح للحملة فمثلا فى البحرية الانجليزية ينصحون بتطهير الأعضاء بالماء والصابون بعد

الجماع مباشرة كما أنهم من أنصار استعمال العلاج الواقى المبكر أما فى الجيش فهم من أنصار استعمال العلاج الواقى الشخصى بالعقاقير وعلى ذلك اتحدت وجهة النظر الفنية فى وجوب عمل أى شئ من المطهرات بعد الجماع مباشرة بواسطة الشخص نفسه للوقاية .

وعلى العموم لا يلزمنا أن نترك الضحايا تتضاعف ونحن منهمكون فى تفنيد وبحث نظرياتنا الفنية وقد خطط البحرية الانجليزية خطوة أخرى فى إلقاء النصح والتعليم الوقاية من هذه الأمراض أما الجيش فإنه خطأ الخطوة العملية وهى استعمال العقاقير: ومن المؤكد أن الفائدة المحسوسة التى تعود على أمة كبيرة كبريطانيا ستعود فوائدها أيضا على بقية الأمم .

(٣) العلاج الاعتيادي فى العيادات السرية

لقد كان من حظ مصر فى عهد نهضتها الأخيرة التفات مصلحة الصحة لفتح العيادات الخارجية السرية نعم إن عددها قليل جدا ولكن لنا الأمل فى الازدياد على مضى الأيام والذى نرجوه من المصلحة أن تعين الإخصائيين لمباشرة هذه العيادات أو تنسج على منوال الرمد حينما ابتداء يأخذ نصيبه من العناية بأن تجعل رئيسا خاصا لهذه الأمراض مركزه فى مستشفى الحوض المرصود وتجعل على كل طبيب يود الالتحاق بقسم هذه الأمراض التمرن سنة على الأقل فى هذا المستشفى مثلا فبذلك تتضاعف فائدة العيادات أما وهى بحالتها الحاضرة فالفائدة محصورة نوعا ما وقد سبقتنا الدول فى ذلك بطبيعة الحال ففى انكلترا مثلا تألفت لجنة وعينت مراكر

العيادات في جميع أنحاء المملكة وأنشئت جميعها تقريبا تحت إدارة أطباء إخصائيين يباشرون هذا العمل بأنفسهم ومن المدهش أنه حضر لهذه العيادات في سنة ١٩٢١ (وكانت إذ ذاك تتجاوز المائتين) ١٨٤, ١٠٥ نفسا كأحوال جديدة نعم إن تكاليف هذه العيادة كبيرة ولكن الفائدة التي تعود منها على الجمهور أكبر وتشكو انكثرا أيضا من عدم اتحاد الأعمال وطرق العلاج في هذه العيادات لعدم وجود رؤساء إخصائيين مسؤولين فيجب علينا أن نعين مديرا خاصا لهذه الإدارة ونترك له الحرية الكافية في تسير أمورها كما يحسن تأليف لجنة فنية دائمة يستشير برأيها المدير ويعرض عليها كل ما يراه جديدا وأما ترك المسألة لمصلحة الصحة لتصدر كل يوم تعليمات جديدة دون أخذ رأى الإخصائيين فليس في ذلك فائدة للجمهور أو للصحة ويجب أيضا تعيين مفتشين إخصائيين لهذه الأمراض للتفتيش على أعمال هذه العيادات وإرشاد من بها لكل ما هو جديد - وغنى عن البيان أنه يجب أن تفتح العيادات أبوابها ثلاث مرات في اليوم : الأولى في الصباح من الساعة ٨ الى الساعة ١١ صباحا والثانية في المساء من الساعة ٥ الى الساعة ٨ مساء والثالثة تحت رئاسة أحد المتربين المتمرنين على العمل من الساعة ١٠ مساء الى الساعة الواحدة صباحا ويعالج النوعان (الذكور والإناث) على السواء ويلزم أيضا اتباع طريقة الحضور يوميا لمباشرة الغسل بواسطة الطبيب نفسه في أحوال السيالان لتقليل أيام العلاج وأما إعطاء المريض سائلا ليحقنه بنفسه في منزله فقد يهمل المريض نفسه أو يسيء استعمال الدواء فضلا عن إطالة المدة ولا بأس

من وجود عدد قليل جدا من الأسرة (أربعة مثلا في كل عيادة) وذلك لراحة بعض المصابين بالتهاب في البرنج مثلا حيث لا يمكنهم القيام بما يستلزمه من العلاج وخصوصا الراحة التامة وأما طريقة إعطائهم النصائح والإرشاد والدواء ليعملوا بأنفسهم في منازلهم فقد تنبى بمضاعفات أخرى وتزيد أيام عطلة المريض عن أشغاله وأيام علاجه أيضا ولا بأس عند اتساع المشروع أن يعمل في بعض العيادات أسرة لتوسطى الحال بأجر متوسط .

مسألة النساء

كثيرا ما تكون حالة المريضة لا تستحق حجزها بالمستشفى وقد تساعدنا على الاستمرار في الزنا فتكون مرتعا خصبا للعديد من هذا من جهة ومن جهة أخرى فقد يصعب علينا إقناعها بضرورة الحضور يوميا للعلاج فتطول أيام مرضها وفي ذلك ما لا يخفى وقد يصعب على بعضهم عمليا عمل (حمامات) بالمنازل لأسباب عائلية أو غيرها فيحسن والحالة هذه أن تعمل مستشفيات خاصة لمن يمكن الإقامة بها بأجر زهيد وذلك حفظا لصحة الجمهور ولا بأس من تذكير خطب وعظ وإرشاد لمن من وقت لآخر وقد لاحظ مراقب هذه الأمراض في وزارة الصحة الانكليزية أن عدد المرضى يزيد دائما باطراد حينما يكون طبيب العيادة عالما بفنه ذا ولع به وذا أخلاق حسنة ويجب ألا يسمح له في أى حال من الأحوال بمباشرة عيادة خاصة له وأما مسألة ترتيب العيادة أو مركزها أو نظافتها أو قيمة استعدادها فكل ذلك في الدرجة الثانية . ومن الضروري جعل مواعيد

العيادة مناسبة لمواعيد عمل الأشخاص في المنطقة التي بها العيادة وأما اختيار أى طبيب حسماً اتفق ليقوم بهذا العمل فأمر لا يتفق مع الفن ولا مع مصلحة الجمهور وكذلك جعل بعض الأطباء يباشرون علاج هؤلاء المرضى في المستشفيات العادية لمصلحة الصحة بالتناوب فأمر يجب إبطاله وتعيين واحد منهم فقط ليؤدي العمل كما أنه ليس من صالح العمل والجمهور في شيء انتخاب أطباء يباشرون عيادات الانكاستوما لعلاج الزهري فيجب أن ينشأ قسم الزهري في هذا القطر على قياس قسم الرمد سواء بسواء .

تقصير المرضى في المواظبة على الحضور بالعيادات

إن أهم ما يشغل أهل الفن هي هذه المسألة لأنها توضع على بساط البحث ويرد عليها السؤال الآتي هل النقود التي تصرف الآن في محاربة الأمراض الزهرية لها الفائدة التي تعادلها ؟ . لأن من ضمن الأسباب الوجيئة ضد هذا المشروع أن كمية كبيرة من المرضى لا يواظبون على الحضور حتى يؤذوا بعدم الحضور لتنام شفائهم .

هذه النسبة تختلف فمن ٢٠ إلى ٥٠ ٪ لا يحضرون إلى أن يشفوا وأما في العيادات الخاصة فأرى أن ٢٠ ٪ فقط من المرضى (مرض السيلان خاصة) هم الذين يواظبون على الحضور للنهاية أما الأسباب الداعية لذلك فهي على الراجح ما يأتي :

(١) إن الحملة القائمة ضد هذه الأمراض لا تزال في بدئها فلم تثمر بعد في النشء الحديث هذه التأثيرات والارشادات سواء كانت علمية

أو أدبية أو دينية حتى يفهم هذا النشء قوة فعل هذه الأمراض بالأمّة فيجتهد في التخلص منها بمواظبته على العلاج أو اتباع النصائح .

(٢) كثيرا ما يحضر للعيادات الزهرية بعض أشخاص يشكون من عدة عوارض تستلزم فحص البول بكمبيوترولوجيا أو فحص الدم الى غير ذلك فتؤخذ الأمثلة (العينات) في العيادات و يؤمرون بالحضور على ميعاد يومين أو ثلاثة مثلا فتذهب هذه بالعوارض في بعض الأحيان فلا يرى المريض سببا للسؤال عن نتيجة الفحص مع العلم بأن أغلب هؤلاء مصابون بأمراض مزمنة تظهر حدتها بين وقت وآخر فيكونون مركزا عظيما في نقل العدوى كما أنهم يزيدون في الاحصائيات لنسبة الذين قيدوا أسمائهم ولم يحضروا .

(٣) من المعلوم أن بعض المرضى يعتقد بأنه في حالة ما يكون الإفراز معدوما يكون المرض معدوما أيضا ونعلم أن عمل قليل من الغسل للجري أو الحقن يذهب بالإفراز فيعتقد المريض الشفاء ولا يكلف نفسه مشقة الحضور ولكن من المؤكد أن المرض ينكس فيعتقد المريض أن العيادة التي حضر اليها أولا ليست أهلا لعلاجها فيذهب لأنحرى فيأزمها والحالة هذه تفهم المرضى بادئ ذي بدء أن عدم وجود إفراز لا يدل على الشفاء .

(٤) من المعلوم أن بعض المرضى ليس لهم مستقر في بلد كالسواحين والبحارة أو الذين يحضرون الموالد من الفلاحين فيستشيرون الطبيب

ويأخذون العلاج أثناء وجودهم بالبلد فقط وينقطعون عند رحيلهم وهذا أيضا يسبب زيادة نسبة الذين لا يواظبون على الحضور للعيادات .

(٥) كثير من المرضى يحضر للعيادات السرية أو الخاصة تحت أسماء مصطنعة وقد ينسون هذه الأسماء فيقيدون من جديد وهذا أيضا مما يزيد النسبة .

(٦) تحدث المرضى بعضهم مع بعض أثناء انتظار مقابلتهم للطبيب ويخيف المرضى القدماء غيرهم من حديثي العهد بالمرض إما بطريق المزاح وإما بالايهام بالكذب .

فالمسألة محصورة في كون الطبيب يفهم المريض ويؤثر عليه بأن الخطأ كله في عدم المواظبة على الحضور فهذا كان سبب عدم الانتظام في الحضور .

(٤) التبليغ الإجبارى

تمهيد

لقد كانت ولم تزال المناقشة في الدائرة الفنية الطبية حادة جدا بين الأنصار الذين ينصحون باستعمال العلاج الشخصى الواقع السريع وأضدادهم وعلى الراجح سيدعى الجمهور ليأخذ نصيبه ويبدى رأيه لأن المسألة ليست بالفنية المحضة وأن للآداب العامة عند الأمم دخلا كبيرا فيها .

وهناك مسألة أخرى سيثور لها الجمهور وهى التبليغ الإجبارى وأعتقد أن هذه مسألة معقدة ولا بد لنا من إنارة أفكار الجمهور حتى يوافق عليها

وذلك سيستغرق زمنا ليس بالقليل وقد صرحت اللجنة الطبية الملكية البريطانية للأمراض الزهرية بضرورة جعل شهادة الوفاة شهادة سرية حتى يمكننا الحصول على إحصائية عادلة ودقيقة لهذه الأمراض أما مسألة التبليغ فقد أرجئت للزمن وذلك حتى يتيسر الانتفاع بالطرق الفنية المحصنة (كالمعامل وغيرها) مجاناً وفي كل مكان لمهولة الحصول عليها والتأكد من التشخيص فنيا قبل التبليغ وبطبيعة الحال ستأخذ هذه المسألة دورها في الوقت المناسب .

وقد عملت طرق كثيرة للتبليغ في بعض المستعمرات الانكليزية وفي ولايات من الولايات المتحدة الامريكانية وفي بلاد الدانيمارك حيث جاءت بنتائج حسنة ولا شك أن سكان هذه الممالك خلعوا عنهم صفات التعميق والآداب الكاذبة وأرادوا مقابلة الحقيقة والأمر الواقع وجها لوجه ولا يعزب عن البال أن كثرة مشاغل الحياة وتشتعاتها المعقدة ونموها السريع مما يعطل كثيرا اعتبار مسألة التبليغ أساسا صحيا فنيا دوليا ولكن قد ندرك بعد الصبر والسياسة والأناة كل ما نرغبه فنيا ولو بعد حين .

هل التبليغ الإجبارى مرغوب فيه حقيقة ؟ !

إن صحة فكرة التبليغ الاجبارى موجودة في رؤوس فطاحل الفن ولكنها في دور الاختار وربما نضجت الآن . إن حماية الجمهور الصحية والتحقق من أن المرضى يداوون بأحدث الطرق وأدقها وإيجاد قانون للتبليغ كما يوجد الآن للأمراض المعدية الأخرى مما يهم الدوائر الطبية

تنفيذه حيث يعتبرونه من واجبه بصفته مسؤولين أمام ضمائرهم عن صحة هذا الجمهور ونرى ضرورة توجيه أفكار الجمهور الى الخطر الذي ينشأ عن هذه الأمراض بكل الوسائل الممكنة وقد يحتاج ذلك الى خمس سنين على الأقل في مصر قبل صيرورة هذا القانون نهائيا وفي كل هذه المدة يلزم مصلحة الصحة عمل الإعداد (البروباجنده) اللازم عن شدة فتك هذه الأمراض بالقاء المحاضرات المصحوبة بالصورة المتحركة كما تفعل الآن لماريا والبلهارسيا وغيرها وكما يجب علينا الضرب بيد من حديد على الدجالين ومنع تسرب الاعلانات الكاذبة ليد الجمهور كقولهم بأن الطبيب فلانا يداوى السيلان في ثلاثة أيام وأنه يشفى الزهري بحقنة واحدة الخ وكذلك التشديد على حضرات الصيدلية الذين يباشرون علاج السيلان خصوصا بكثرة هائلة وادعائهم التفوق الفنى على الإخصائيين أنفسهم وبذلك يتسلطون على قسم ليس باليسير من الجمهور وسأتلو عليك أيها القارئ بعض آراء فطاحل الفن المشجعين للتبليغ وأضدادهم .

التبليغ عن الأمراض الزهرية آراء وثيقة

(١) السير موريس : "إن تجاربي المختلفة الخاصة بهذه الأمراض والاطلاع على تقارير وإحصائيات اللجنة الفنية الملوكية تجعلنى أعتقد أن تنفيذ قانون التبليغ الاجبارى الآن يكون عقبة كبيرة أمامنا فى تنفيذ الإصلاحات الجارى الآن عملها وهى ترتيب ونظام العيادة السرية والضرب

على أيدي الدجالين فقبل أن يتم لنا ذلك على الوجه الأكمل لا يمكننى مطلقا الموافقة على تنفيذ هذا القانون وأما الذين يسارعون الآن في تنفيذه قبل ما يتم تعميم طرق التشخيص والعلاج الفنية للجمهور بسهولة وبدون أجر وثمن فمن المؤكد أنهم سيعجلون الحكم على هذه الفكرة بالإلغاء بل وبالدفن وقد يحمل في انجلترا الآن بالضرب على أيدي الدجالين .

وقال العلامة سيكو ابرا : "في بعض أجزاء الولايات المتحدة الأمريكية وبعض المستعمرات المستقلة البريطانية عمل قانون بالتبليغ الاجبارى بدون ذكر الأسماء كما نشروا الاحصائيات في الجرائد الطبية وقد سادت الفكرة العامة بأنه لا يوجد مواراة للأمراض على شرط أن يوجد العلاج الكافى وعلى ذلك صار فى المقدور الطبي فى هذه الأجزاء من الولايات المتحدة الأمريكية فحص كل شخص يشبه فى مرضه الفحص القانونى الدقيق أما البلاغات الكاذبة فى هذه المواضع فيما قرب أصحابها عقابا صارما ومن المؤكد أنها لا تخفى من مجازفة فى فحص أشخاص أبرياء بالقوة اسبرية فقد يكون لذلك رد فعل شديد ضد هذا القانون ولكن نحن فى بريطانيا أمام صعوبات كثيرة فمثلا عندى فى عيادتى الخاصة بالأمراض الزهرية مساعدون لهم شغف شديد لمعرفة المرضى بهذه الأمراض والتأثير فيهم بالحضور حتى تمام الشفاء فالمرضى الذين يتأخرون عن مواعيدهم (وتعادل نسبتهم نحو ٤٠ ٪) يعطون اصائح طبية مؤثرة مع العلم بأن بعضا منهم ربما يكون النقل من مكانه الى مكان آخر بعيد عن عيادتنا والآخرى يكونون ملاحين وتؤكد أيضا أنه لا تزال نسبة كبيرة لا تحضر بانتظام وليس

عندنا طريقة لاجبارهم على الحضور وكثير منهم يؤدّ مساعدة الحكومة له خذ مثلاً هذه الحكاية امرأة متروجة مريضة حضرت بالعيادة وبعد فحصها وجد بها مرض فمنجتهد عادة بإحضار زوجها بدعوة منها فلا يحضر فبطبيعة الحال تسأل المرأة نفسها لماذا تحضر للتداوى ما دام زوجها مريضاً ويوجد حينئذ احتمال لعدوها مرة ثانية منه مع أننا لا نملك أى قانون يجبر الزوج على الحضور فإذا نفعل وأذكر أيضاً الحالة الآتية حضرت امرأة صغيرة السن فى عيادتي فوجدتها مريضة بالزهرى فى أول درجاته وابتدأت فى العلاج ولكنها انقطعت قبل إتمامه فكتبت إليها بالحضور فحضرت بعد مدة طويلة وقد فتك بها المرض ومعها طفلها الذى يبلغ عمره بضعة أسابيع وهو مصاب بالزهرى الوراثى فمن المؤكد أنه لو كانت هذه المرأة أتمت علاجها فى أول مرة حضرت فيها كما ينبغى لسلم الطفل من المرض فرأى المستقل عن تأثير أى جمعية أو لجنة هو أنى أتمنى مجيء اليوم الذى ينفذ فيه قانون التبليغ الإلجبارى كما هو موجود فى بعض مستعمراتنا .

(١) يعمل قانون للتبليغ عن الأمراض الزهرية إجبارياً — يجبر المرضى على الحضور فى العيادات السرية عل حساب الحكومة فى أوقات معينة أو لحساب أنفسهم عند طبيعتهم الخاص للعلاج وأن يستمروا فى ذلك حتى يشفوا ويحسن أن يبدأ التنبيه بدون ذكر الأسماء ولكن فى بعضهم يلزم ذكر اسمه للصحة لتتخذ ما تراه نحوه فى حالة عدم مواظبته ولى أمل فى أن الجمهور يوافق على هذه الاجراءات فى المستقبل .

(٢) يلزم أيضا إعطاء القانون قوة إجبار الأشخاص المشتبه فيهم بحق بأنهم مرضى ليتمموا علاجهم مثلا الزوج حينما تكون امرأته تحت العلاج — الوالدان اذا كان لهم ولد مصاب بالزهرى الوراثى وبطبيعة الحال يلزم عمل كل هذه الاجراءات بغاية التكمم محافظة على الأسرار ولا بأس من إيجاد عقوبات بالأشغال الشاقة للذين يفشون هذه الأسرار» (اقتبس بتصريف من خطاب ألقى في مؤتمر بروكسل سنة ١٩٢٠)

الآراء ضد التبليغ عن الأمراض الزهرية

الدكتور داجلاس وايت قال : « التبليغ عن الأمراض الزهرية معناه فى الوقت الحاضر إرغام كل شخص يريد أن يعالج نفسه على الاستمرار فى العلاج وحينئذ تحصر المسألة فى كون الأشخاص الذين يعرضون أنفسهم للعلاج نعتبرهم بحق خطرا على الجمهور اذا لم يتموا علاجهم كما يريد الطبيب وبهذه الطريقة قد نفقد أكثر مما نربح فالتبليغ سلاح ذو حدين حده الأول يجبر أشخاصا قليلي العدد نسبيا على إتمام معالجة أنفسهم ولكن من المؤكد فى الوقت نفسه أنه يجعل كثيرا من المصابين يترددون فى عرض أنفسهم للعلاج بالمرّة .

أما الآن فيحضر الجميع للعلاج بكل حرية واطمئنان موفرين علينا الاجراءات القانونية وأرى أن كل شيء يعطل هذا النظام لا بد أن يكون عقبة كشودا تمنع الحضور والعرض وقد يشعرون أنهم بدلا من أن يدخلوا لاستشارة الطبيب يدخلون المصيدة فالحوف هنا يعمل مفعوله حيث له

التأثير الكافي في النفوس في مثل هذه الأحوال فنرى والحالة هذه أن التردد والخوف للحضور مؤكد حصولهما في حين أن الإغرام على الاستمرار في العلاج يضعف نسبيا، أنت لا تقدر أن ترغب رجلا أو امرأة على العلاج رغم أنفهما نعم تقدر أن ترغبهما فقط بعد ما يعرضان أنفسهما عليك وقد حصل في مدينة فيكتوريا (أستراليا) أن ٨٠٠٠ شخص عرضوا أنفسهم للعلاج في سنة ٩١٨ فتأخر منهم بعد الإنذار نحو من ١٥٠٠ ولم يكن للحكومة تتبع أكثر من ٩٠٠ شخص من المندرين فنرى أن نسبة ١١٪ تقريبا لم تستمر في العلاج ويعلم الله أن كثيرا من الأشخاص المصابين ترددوا في عرض أنفسهم بالكلية .

في إنجلترا في سنة ٩١٨ حضر ٦٠ ألفا للعلاج في العيادات السرية وفي سنة ٩١٩ حضر ثمانون ألفا . ومن المؤكد أن عدد المصابين الحقيقيين فوق ذلك بأضعاف حقيقة المسألة هي أن نغري المصابين ليعالجوا أنفسهم وإيست الحقيقة هي إغرام الذين يعرضون أنفسهم وهم القسم الأصغر على الاستمرار في العلاج .

لم أقصد البتة الاستخفاف بفكرة العلاج الطويل إنما يوجد بعض أشخاص يعتقدون في المثل القائل (مالا يدرك كله لا يترك كله) ونعرف كثيرا من المصابين بالزهرى عولجوا لمدة سنة ثم تركوا العلاج ولا توجد عليهم علامات ظاهرة للرض وغالبا ليس يحصل منهم حضر جسم بالاختلاط في المجتمع وهذا لا يمنع بطبيعة الحال ظهور العوارض عليهم بعد مضي

سنة فأنا أفضل شخصيا ترك النسبة الصغيرة التي لا تواظب على العلاج أولى من حجز النسبة الكبيرة لعرض نفسها للعلاج خوفا من الإرغام — إن مسألة عمل العلاج الواقى الشخصى السريع هى مسألة أدبية وفنية معا أما مسألة التبليغ فالتقصيد منها استئصال المرض من الأمة فالدائرة الطبية تود ذلك من صميم فؤادها ولكن عندنا طريقان : التسهيل والاغراء للحضور للمعالجة أو الإرغام على العلاج فالتبليغ والنهاية التي نقصدها منه من المؤكد أن نتائجه تختلف بحسب نوع الأمراض ففي مثل الكوليرا مثلا تحدث نتائج مهمة وإهماله فى أمراض أخرى لا يحدث تأثيرا (ويحسن أن أذكر رأى الدكتور نيوشلم فى مذكرته عن التبليغ فى الأمراض الزهرية حيث قال : (ليس من رأى إرغام الناس على العلاج أو استمرار العلاج فى أحوالنا الحاضرة ويسرني أنه كلما ارتفعت تربية المجموع يصير أمر إهمال العلاج غير ممكن بطبيعته) .

إذا أنشأنا حاجزا حول المصابين الذين يعرضون أنفسهم علينا فمن المؤكد أننا نمنع كثيرا من دخول هذا الحاجز كما حجزنا الآخرين فى داخله ومن المسلم به أنه إذا كانت نسبة الأمراض الزهرية ضعيفة كان الإرغام واجبا أما الآن وهو بنسبته العالية فالإرغام لا يفيد والاغراء والتربية والتعليم مع إيجاد الوسائل التي تسهل للمرضى علاجهم هو الطريق الوحيد للوصول لمحاربة هذه الأمراض .

هذا كل ما يخص الجمهور فى الموضوع أما ما يخص الأطباء من حيث إنهم حملة أسرار فهو أمر آخر .

إن مهاجمة الثقة المتبادلة بين المريض والطبيب هي أمر ذو بال ونحن نشعر به هنا في مسألة التبليغ عن الحميات المعدية ولكن ابتداءً في مصر نقترح هذا الخاخر وريداً وريداً وكلما كبرت نسبة عدد المتعلمين لا تعتبر هذه المسألة مسألة ثقة بالطبيب ولكن من ذا الذي يرضى التبليغ عنه بأنه مريض بالزهرى أو السيلان مهما بالغ الطبيب في التأثير في المريض بأن المسألة سرية وبقصد حسن .

وأخاف أنه إذا أخذت مسألة التبليغ مجراها القانوني أن تملأ عيادات الدجالين بالمرضى ويصير القانون في حكم المهمل ولا أبالغ أن الدجالين يرفعون حينئذ قيمة زياراتهم .

أما أنا فليست مقتنعا بأن طريقة التبليغ في الولايات المتحدة وفي بعض المستعمرات البريطانية صادفت نجاحاً وبالاختصار إننا إذا اتبعنا مسألة التبليغ فقد قذفنا بالمرضى إلى الدجالين الذين يتقاضون أتعابهم مضاعفة ولا يعملون عملاً يذكر نظير ذلك .

الخلاصة

ليعلم القارئ أن الجمهور الآن على غير استعداد للفصل في مسألة التبليغ عن هذه الأمراض أو عدم التبليغ فواجبنا ينحصر في الثانى والاطلاع على نتائج عملنا ونتائج الأمم المختلفة وأن نعتبر الحالة كهدنة ولا يلزم أن يعتبر بعضهم ذلك ضعفاً منا ولكنه هو الصواب والحكمة لينتخب الطريق الأقوم .

ويلزمنا ألا ننسى أن التبليغ عن الأمراض الزهرية ليس كالتبليغ عن أمراض الحميات المعدية لأن الخوف من الإعلان عن الأشخاص المصابين له تأثير كبير في الفرق بين المسألتين فلو تعجلنا قبل ما نزن المسألة وجعلنا التبليغ الاجباري أمرا نافذا في الأمة ربما يأتي منه عكس المرغوب فيمجه الجمهور ويحبط المشروع من أقوله كلية وأعتقد أنه لا يمضي القليل من الزمن حتى يتحقق للجمهور بعد إنارة فكره ونشر التعليم والتربية في كل الطبقات أن أمر التبليغ أمر اعتيادي وحيثئذ ربما يسبق الجمهور الى طلب تنفيذه من الحكومة وتحل العقدة .

الفصل الثالث

حصر الدعارة - البيوت ذات الرخص

لا بد لكل مختص بالأمراض الزهرية وأسبابها ونتائجها من درس شيء عن الدعارة لالتصاقها الشديد بهذا الموضوع - إن الدعارة صناعة موجودة من قديم الأزل ، فقد مضى عليها وقت اعتبرت فيه كتجارة بالأعراض ومضى وقت آخر كان أعضاؤها في موضع الاحترام واشرف كأنهم يؤدون خدمة للوطن .

أما الآن فإن مسألة الدعارة تعتبر من المسائل المخزية الشاغلة لأفكار الهيئة الاجتماعية في كل الأمم ولا تخلوامة قما من السعى في إيجاد حل لها أما هنا فسنقتصر على بحث الموضوع من وجهة الفنية ونلفت نظر القارئ الى نظريات قليلة عامة لكيلا يقع في شرك أفكار مبهمه وخطرة وبطبيعة الحال سوء التفاهم يحصل في كل مسألة تكون تحت البحث الدقيق فيجب علينا والحالة هذه أن نشرح معنى لفظ الدعارة للقارئ لكي يفهم ما يقصد منه في موضوعنا هذا .

إن لفظ الدعارة يستعمل ككلمة عامة مبهمه في بعض الأحيان ويرى آخرون حصرها في مسألة التجارة بالأعراض للفوائد المادية التي تعود

من ذلك لذلك نرى أن كثيرا من النساء ينهمن في الزنا فيلزمنا والحالة هذه البحث عنهن ومن أى قسم يكنّ ففي بريطانيا العظمى تنقسم النساء المنهكة في الزنا الى أقسام كثيرة منها :

(١) منهنّ من يستمررن في الانهماك في الزنا ويتخذنه عادة لهنّ للمساعدة على الحياة فنسمى تلك العاهرات الرسميات أو ذوات الصناعة ولزيادة التعبير نقسم هذا الى قسمين أيضا :

(أ) منهنّ من يجند العملاء (الزباين) في وسط الطبقة المتوسطة مثل الجنود والبحارة فكثيرا ما يصاحبونهنّ على ظهر المركب .

(ب) يخدم هذا القسم احتياجات الذين بسبب مركزهم الاقتصادي يقتسم مددا للقسم الأول ويمكن تسميته بالقسم السرى — إن عدد هذا القسم في مصر يزيد على عدد العاهرات الرسمية مرات كثيرة أما في البلاد الأجنبية حيث ينشط رجال الشرطة (البوليس) وينفذ أوامره الشديدة على أصحاب هذه التجارة فالقضايا تقدم ضدّ أصحاب المنازل الذين يسمحون باستئجارها لتجعل بؤرة يرتكب فيها ما يخل بالآداب فيجب علينا حينئذ إصدار قانون يعاقب به صاحب المنزل كما يعاقب المتجر بالأعراض وقد يعتقد بعض العملاء (الزباين) عن خطأ ، أن تلك النساء السريات أقل خطرا وأكثر نظافة (طيبا) من العاهرات الرسميات ولا يعزب عن البال أنه كلما شددنا في قانون العاهرات الرسمية تزيد في عدد العاهرات السرية وفي ذلك من الخطر ما لا يخفى فالواجب معاملة العاهرات الرسميات باللين

وتسهيل سبل الراحة لمن في المستشفيات أو طرق العلاج حتى إذا كان هناك نساء يحترفن هذه الصناعة سرا يفضلان الخروج من السر الى الجهر وأؤكد للقارئ بأن العاهرة السرية هي أشد وبالا على الأمة والمجتمع من العاهرة الرسمية .

(٢) يشمل هذا القسم النسوة اللاتي يشتغلن بصناعات مختلفة وذلك كالتمثيل في المسارح وما يتبعها — بنات الحوانيت — الخادومات في القهاوى والمطاعم والفنادق وغيرهن ممن ينغمس في الزنا لأحد المقاصد الآتية :

(أ) لزيادة دخلهن .

(ب) ومنهن اللاتي يقبلن الهدايا كأشياء الزينة أو الأزياء الحديثة الخ مما تعجب به النساء دائما .

(ج) واللاتي يرغبن في تضيئة الوقت السعيد إرضاء لشهواتهن ويقع هذا القسم ما بين قسمي (أ) و (ب) ويصح تسميتهن بنصف هاويات (غواة) .

(٣) يشمل هذا القسم النساء اللاتي يعشن عيشة مرضية وفي يسر من الجهة المادية وإنما يرتكبن الزنا من وقت الى آخر بدون انتظام وحسب أهوائهن وهن اللاتي يدعون بالهواة (الغواة) .

لا شك أنه يوجد عند بعض النساء انفعال نفساني يشبه الحب ولكنه وقتي والباقيات من القسم اللاتي يبغين إرضاء شهواتهن وكثيرا ما يحكى أن عدد النساء يفوق عدد الرجال فيحدث ذلك يأما في المرأة

وتعتقد لسبب أو لغير سبب أن الحياة الزوجية قد لا تكون من نصيبها
فهذه النسوة يشعرن بهذه المسألة كما يشعرن أيضا بترضية شهواتهن فيفضلن
انتهاز الفرص من الآن أولى من الانتظار للمستقبل .

إن مسألة تفوق عدد النساء على عدد الرجال يرجع الى سببين :

(أ) حياة المرأة عادة أطول من حياة الرجل .

(ب) كثرة عدد الأراامل .

فإذا طرحنا هذين العددين من المجموع النسائي فمن المؤكد أننا نجد
بعض البواقي الالآتى لا تكون الحياة الزوجية من نصيبهن ونسبنا أن نطرح
عدد تلك النسوة الالآتى يعتبرن أنفسهن أنموذجا للمرأة الحديثة (وذن في ذلك
غرام خاص بهن في المجتمع الحىوى والأدبى) ويجعلن أنفسهن طبيعيا
ورياضيا وربما كان عقليا أيضا ليستخرجن بما هن من قوة جذابة أكثر
ما يمكنهن من إلفات نظر الرجال اليهن وهن الالآتى لم يفهمن أن للنساء
حدًا وشغلا خاصا بهن نعم قد يمتد عما كان هن في الماضى غير أن هذا
الحال لا يلزم أن يضحى بما ورثته من الانسية .

ولا يخفى أن بعد كل هذا التسامح مع هذه النسوة الالآتى ذكرتن
لا يزال يوجد بين النساء المرأة الطبيعية المستعدة للحياة الزوجية غير أنها
تميل في بعض الأحوال لارضاء شهواتها .

هذه هى الأشكال التى عندنا نعرضها للقارئ ليستخرج آرائه لنفسه
ما يشاء ويجعله أساسا لأفكاره الانسانية والاجتماعية .

علاقة الأمراض الزهرية بالزنا والدعارة

مهما بذلنا من الجهد ضد تفشي الأمراض الزهرية في المجتمع سواء كان ذلك بعمل الأدوية الوقائية أو غيرها مما يستحدثه الطب فلا بد أن يستمر هذا التفشي بين المجتمع على يد اللاتي يدعون أنصاف بغايا أو بغايا كاملة وقد زدت اعتقاداً بهذه الفكرة نظراً لزيادة المطردة للزنا في قسمي ٢ و ٣ ولو بالتتابع الإجراءات الصحية التي تعملها العاهرات الرسميات ومن المدهش أنه لا يمكن مطاقاً استئصال أعضاء قسمي ٢ و ٣ من المجتمع خصوصاً قسم الهواة ما لم يرتق المجتمع خيالياً بدرجات كثيرة عما هو عليه الآن فكل ما قيل عن الوقاية من هذه الأمراض لا شك أنه يقلل نسبتها أما كونه يحو الزنا فن المحال .

البيوت ذات الرخص

بعض الناس في أوروبا يعتقد أن التصريح لمثل هذه البيوت بالشغل يقال الأمراض الزهرية ولكن أطباء الأمراض الزهرية لا يوافقون على هذه الحصانة في تلك المنازل فالنور الأحمر المعلق عليها ليس علامة للنجاة وإنما هو علامة للموت .

المسألة كما هي

المسألة العويصة أمامنا هي منع تفشي الأمراض الزهرية وإيجاد مجتمع أرقى من المجتمع الحالي أخلاقاً مع حفظ علائق الجنسيتين في مستوى

أعلى مما هو عليه الآن فيجب علينا إذا أن نبحث عن حل سواء كان بواسطة الدين أو الآداب أو الطبيعة فلنبادر بتكوين لجان مختلفة لحل هذه المسألة ولنعطها من الحرية في عملها أكثر مما تنشده منا حيث يجب عليها إذ ذاك أن تفحص مسألة الزنا لا مسألة الدعارة لأنه الأساس فأسباب الحيوية المهمة للآن والأوجه الدينية والاقتصادية ومسألة تربية النشء كل هذه هي أهم بكثير لمحاربة الأمراض الزهرية وعمل القوانين اللازمة لذلك مع منع المهاجرات كما أن مسألة العهر يجب أن تدرس وتعامل بظروفها الخاصة لأن في التمدد فيها ضرراً لمصلحة الجمهور العامة .

فتمت ألفت لجنة كهذه يمكن إنقاذ المجتمع من الخطر المداهم الذي يحيط به .

الفصل الرابع

الجمعيات المساعدة

إن الأمم الناهضة تعلم حق العلم أن محاربة هذه الأمراض لا تقتنى للحكومة وحدها منها بلغت من الرق ولذلك تسارعت في إنشاء جمعيات خيرية مساعدة للحكومة وقد حصلت هذه الجمعيات على نتائج مرضية جدا ولو أنها أنشئت منذ سنين قليلة ففي بلاد الانكايز مثلا أنشئت هذه الجمعيات وسنت لنفسها قوانين كثيرة منها ما هو للجمهور ومنها ما يخص الأطباء أنفسهم حيث يمكنها أن تعطى أو تساعد أى طبيب كان على معرفة ما لهذه الأمراض من الأهمية في الهيئة الاجتماعية كما لا تبخل بنصائح مجانية لبعض الأحوال المستعصية في هذه الأمراض للأطباء أنفسهم .

وسأذكر هنا باختصار نموذجاً للجمعية أو اثنين مع بعض مواد مهمة من قوانينها لعلنا نتأثرون وننشئ جمعية بمصر لهذا الغرض .

(١) المجلس الأهلى لمحاربة الأمراض الزهرية

(فى بريطانيا)

(أخذت هذه المعلومات عن السكرتير العام للمجلس الأهلى حيث قال) :
أنشئت هذه الجمعية فى سنة ١٩١٤ من أطباء ومندوبين عن الجمعيات الأهلية

الاجتماعية والكنائس وبعض من المربين ولما أصدرت اللجنة المملوكية للأمراض الزهريّة تقريرها في سنة ١٩١٥ انضم أغلب أعضائها الى المجلس الأهلى وانتخبوا من الجميع لجنة تنفيذية .

الغرض من الجمعية ما يأتى

(١) الحصول على معلومات دقيقة خاصة بتفشى هذه الأمراض وضرورة العلاج المبكر .

(٢) ترقية التسميات للحصول على العلاج .

(٣) إيجاد الفرص الكثيرة للأطباء واطلبة الطب لدراسة هذه الأمراض .

(٤) المساعدة والتشجيع للحصول على معلومات قوانين الحياة الفسيولوجية لترقية مستوى الصحة والأخلاق .

(٥) التأزر فى العمل مع الجمعيات الموجودة وإعطاؤها نصائح فنية وقت طلبها .

(٦) الترتيب مع هذه الهيئات فى إيجاد طريقة لاعطاء محاضرات وتحضير ما يلزم لهذه المحاضرات .

(٧) ترقية وتنشيط تشريع اجتماعى إدارى يتناسب مع أغراض الجمعية .

ففى فبراير سنة ١٩٢٠ كان لهذه الجمعية ٧٤ فرعا فى إنجلترا وحدها وثمانية عشر فرعا فى أسكتلندا وذلك غير الفروع التى فى كندا وأستراليا

كما يوجد أيضا مجلس أهلى فى جنوب أفريقيا وله فرع فى الترانسفال
لنفس الغرض .

وكاقترح اللجنة الملوكية فقد اعترفت بعض الدوائر الحكومية بالمجلس
الأهلى كهيئة فنية مسئولة عن هذه الأمراض .

يعترف المجلس بأنه لمقاومة الأمراض الزهرية فى المجتمع يلزم تثقيف
عقول النشء بالتعليم والتربية والاجتهاد فى تقليل الزنا بايجاد مستوى
اجتماعى وأدبى أرقى من الحال .

ولقد تفاهم هذا المجلس مع وزير المعارف وهيئة التربية الأهلية
وهو لا يهمل مساعدة الوالدين وكثيرا ما طلب بعض المدارس أهالى الطلبة
كهيئة مؤتمرو لفهامهم الحالة وأخذ آرائهم كما أنه ألقى عليهم الخطب
الفنية الخاصة بهذا الموضوع وكثيرا ما أرشدنا الآباء بتعليم أولادهم الى
الحذر من الوقوع فى شرك هذه الأمراض .

لقد اعتمدت وزارة الصحة برنامجا وافيا لتربية النشء وكذا ساعدت
كثيرا من المجالس المحلية والجمعيات لطبع وتوزيع هذا البرنامج وذلك أن
تدفع ٢٥ ٪ من تكاليفه كما أنها ترشد المجلس الأهلى الى اتخاذ بعض
ما يجب أخذه من المستحدثات الخاصة بهذه الأمراض كما أنها أعدت
شرائط صور متحركة (سينما) وزجاجا لافوانيس السحرية الخ خاصة بالقاء
المحاضرات للنشء عن هذه الأمراض .

وقد وزعت أوراقا (نشرات) كثيرة خاصة بهذه المسألة الحيوية على جمعيات كثيرة ولا جدال في نفع ما نشر بها .

المجلس الأهلى يعترف بأنه ليست الحاجة ماسة لمسألة تسهيل المداواة لهذه الأمراض فقط بل هى ماسة أيضا الى جمع كل المعلومات الخاصة بالاجتماع الانسانى والتي تفيد تقليل الاغراء والتحرىض على الزنا ولذلك يرى من واجبه تسهيل أصناف التسلية خصوصا للأشخاص الحديثى السن البعدين عن أهائهم من الجنسين الخ .

وفى سنة ١٩١٧ سنت الحكومة الانجليزية قانونا يمنع الدجالين من معالجة الأشخاص المصابين بهذه الأمراض وذلك بناء على طلب وإرشاد المجلس الأهلى كما أنها رتبت إلقاء المحاضرات وسط العمال وجمعياتهم لإفهامهم حقيقة هذه الأمراض وهى تسنّ قوانين أخرى لا تزال تحت البحث .

أما مسألة قانون الزواج فلا يزال تحت البحث أيضا .

وقد اجتهد المجلس فى حمل الحكومة على تشريع خاص يحتم على الأشخاص المصابين الاستمرار فى العلاج حتى الشفاء .

وقد قرأى المجلس بعد جدال عنيف بين أعضائه على أن توزيع العقاقير (فى البقجة) يضر أكثر مما يفيد ولذا هو يشجع على افتتاح عيادات كثيرة لتسهيل العلاج المبكر تحت مباشرة طبيب حاذق والمسائل المعروضة أمام المجلس الآن هى :

- (١) عمل التسهيلات اللازمة لمباشرة العلاج .
- (٢) التضافر مع الأطباء غير الاختصاصيين والتسهيل عليهم للتحقق من التشخيص بالطرق الفنية لأنفسهم .
- (٣) ترقية معلوماتهم الخاصة بهذه الأمراض بكل الوسائل الممكنة .
وبتضافر الأطباء وأعضاء المجلس يمكن عمل الأشياء الآتية :
(١) إعطاء علاج للصائين .
(٢) حماية الذين تعرضوا للعدوى .
(٣) الاشتراك في الحملة الموجهة ضد هذه الأمراض بتفهم الجمهور أخطارها ونصحهم بالتزام العفة وتركه الزنا حتى نفوز بتقليل نسبة هذه الأمراض .

(٢) جمعية منع الأمراض الزهرية

أخذت هذه المعلومات عن نبذة لحضرة سكرتير هذه الجمعية يذكر تاريخها والغرض منها فقال : "تأسست هذه الجمعية في أكتوبر سنة ١٩١٩ ولقيت ترحيباً كبيراً من الأطباء والجمهور وغرضها مساعدة المجلس الأهلي والتضافر معه على مقاومة تفشى هذه الأمراض وذلك ببحث الدعوة اللازمة بين الجمهور وإرشاده لعمل التطهير الواقى الشخصى كلما تعرض للعدوى فهى تشغل القسم الأدبى للمجلس الأهلى لمقاومة هذه الأمراض غير أنها ترى من الصواب عمل التطهير الواقى الشخصى ولذا تنصح به دائماً وينص أول تقرير سنوى لهذه الجمعية على دستورها فتتطلف منه الآتى " :

(١) إرشاد الجمهور إلى أن عمل التطهير الوقائي الشخصي بعد التعرض للعدوى مباشرة هو من الأمور الحيوية في الوقاية ثم إرشاده إلى طريقة عمله .

(٢) الدفاع عن كل شيء تراه اللجنة التنفيذية حيويًا لمقاومة الأمراض الزهرية .

أصدرت اللجنة في أول الأمر تعليمات للرجال فقالت : إن التطهير الوقائي الشخصي للنساء لا يأتي بمثل نتيجه في الرجال ولما كثرت الأسئلة عليها من النساء أصدرت نبذة بها تعليمات للنساء .

توزع التعليمات الخاصة بالرجال في جميع النوادي والمجتمعات بواسطة المجالس المحلية وترسل التعليمات الخاصة بالنساء لمن يطلبها ممن .

وقد وجدت الجمعية كل المساعدة من الجمهور وأعضاء البرلمان والصحف الطبية وغيرها ولجنة المواليد الأهلية ووزارة الصحة وشركات الملاحة وغيرها .

المطهرات التي نصح باستعمالها هي محلول برمنجنات البوتاسيوم بنسبة $\frac{1}{1000}$ ومرهم الزئبق الخلو بنسبة ٣٣ : ١ .

وترى الجمعية أن كل إنسان مسؤول عن شراء المطهر لنفسه وإذا لا ترى ضرورة في صرف هذه الأدوية مجانًا أو بثلث .

(٣) جمعية الآداب الاشتراكية الصحية

هذه الجمعية هي فرع من المحالفة الدولية للإلغاء المتضامنة مع جمعية السيدات الأهلية لإلغاء المراقبة الرسمية للزنا وترقية المستوى الاجتماعى إلى درجة اشتراكية نقية .

وقد أوضح حضرة سكرتير هذه الجمعية غرضها حيث قال :

هذه الجمعية هي فرع من المحالفة الدولية للإلغاء والغرض منها هو دراسة قانون النظام للأشخاص الزهريه والدعارة والمقارنة بين قانون كل دولة وأخرى فى ذلك .

غرض المحالفة الدولية للإلغاء

(١) غرض هذه المحالفة هو إلغاء الدعارة الرسمية أو شبه الرسمية .
تعتقد المحالفة أن نظام الدعارة الحكومى غرضه صحية وظلم للجمهور وشناعة أدبية وإثم قانونى فالمحالفة تقاومه بكل ما أوتيت من قوة وتسعى لإلغائه فى كل أنحاء العالم .

(٢) تدرس هذه المحالفة الدعارة من الوجهة الفنية فتبحث الآداب والاقتصاد والأسباب الأخرى التى يحتمل أن تكون سببا لها وتجتهد فى مداواتها وفى كل سنة توضع أسئلة فى مؤتمرها على هذا النمط ليجابوب عليها الأعضاء فى السنة المقبلة وبذلك يتيسر للمحالفة دراسة الموضوع من أساسه .

(٣) المخالفة ليس لها علاقة بالسياسة أو الفلسفة أو الديانة وتقبل في عضويتها أى شخص (ذكرا أو أنثى) يمكنه مساعدتها في غرضها .

أغراض الفرع البريطانى

هو مساعدة المخالفة الدولية للإلغاء في غرضها ورفع المستوى الأخلاقى والعلاقات الأدبية بين الجنسين والنسوى بينهما واستئصال الإدارة ومصائبها ومقاومة كل نظام رسمى لها وتشجيع القانون الإدارى الاشتراكى الصحيح لتربية بحيث يرتفع مستوى المجتمع الأدى .

ويرى هذا الفرع أن الحاجة ماسة في انكثرا لإنشاء مستشفيات خاصة وبها أسرة لتأوى النساء الحبالى المصابات بهذه الأمراض أيضا من بنات الخوانيت أو الخادومات اللاتى لا يجدن مأوى هن أو مرتزقا في حالة مرضهن نعم إن بعض المستشفيات خصص عددا يسيرا من الأسرة لهذه الأمراض إلا أن ذلك غير كاف للسكان ولذلك لا يجدى نفعا في مقاومة المرض .

الفصل الخامس

علاقة الطبيب بالمرضى الذين يعودون العيادات السرّية الخ

يجب ألا تقتصر مهمة العيادات السرّية على فحص المرضى وعلاجهم فقط كباقي العيادات الطبية وإنما يجب أن تكون كمركز دعاية اشتراكية فنية لمحاربة هذه الأمراض أيضا .

إن حالة المريض غير الطبيعية هي علامة أكيدة تدلنا على ما حوله من درجة مستوى المجتمع فيجب أن نعلم بأن علاقة الطبيب بالمريض وهو في هذا المركز هي أكثر من علاقة أى طبيب عادى بمريضه نظرا لانتشار الأمراض الزهرية ولأسامة تأثيرها في المصاب ولأن لها تأثيرا آخر من الوجهة الاجتماعية والإنسانية .

إن الطبيب المشتغل بهذه الأمراض جدير بأن يعتبر نفسه ذا علاقة شديدة بمستقبل النسل وهو من هذه الوجهة لا يعادله طبيب مختص بأى فن آخر وعليه من الواجبات مالا يمكنه أن يتغافل عنه فأقول واجب عليه هو العمل على نقص نسبة نفشى هذه الأمراض وذلك :

(١) بأن يداوى كل مريض حتى يتم شفاؤه فواجبه ليس هو مداواة المريض فقط وإنما يرجح من ذلك عدم تسرب العدوى من هذا المريض للآخرين .

(٢) وبتأثيره في المريض يغريه على إحضار من يعرفهم المريض نفسه من المصابين للمداواة وكذا يجب عليه عمل كل طريقة في إمكانه لمنع نشر هذه الأمراض فيشرح للمرضى طريقة استعمال العلاج الواقع الشخصى وضرورة عمله كما أنه يجتهد أيضا في نصيح مرضاه في الإقلاع عن الزنا وإن لم يمكن فينصح لهم بتقاييله .

وقد نجد في ذلك علاجا للذين لا تؤثر فيهم النصائح الدينية أو الأدبية أو النفسية ونكثر من إخافتهم من نقل عدواهم إلى أقربائهم أو أحبائهم أو تكرار العدوى لأنفسهم مرة أخرى بل مرارا وقد يعترض بعضهم بأن كل ذلك خارج عن مهنة الطبيب أو عبارة أخرى وهى أن الطبيب يتدخل فيما لا يعنيه إذ يقال : إن واجبه يقتصر على معالجة المريض من مرضه فلو سلمنا بذلك لسقطت مسألة الوقاية إلى الحضيض .

الطب الوقائى هو فرع من الطب العملى الاجتماعى . فهو يتدخل فى الحياة لارتفاع مستوى النسل . وفى اعتقادى أن ذلك لا يضاد مركز الطبيب الخاص بالأمراض الزهرية وإلا لكان معناه أن يقتصر العلاج الوقائى على محفوظات الدائرة الطبية فقط وإذا نظرنا إلى مركز الطبيب نجد أنه يجب عليه مداواة مريضه حتى شفاؤه وذلك لا يكون إلا بالتأثير

الشخص في المريض بطريقة يرتاح اليها عقله ويقبلها فيفهمه صعوبة المركز الاجتماعي وما تنتجه هذه الأمراض من المساوى في المجتمع وذلك يلفت العشرة وعذب الحديث أثناء مدة العلاج ، ويكون إذ ذاك الطبيب محاميا متكلمًا مدافعًا عن تقط موضوعه أو أى موضوع آخر بحيث يكون الكلام مقبولًا . ولا بد أن يكون كتمان هذه الأسرار محافظًا عليها حتى يحوز بذلك ثقة المريض به وليس من المدهش أن يسمع إذ ذاك حكايات ونوادير من المرضى لا تخطر على بال إنسان في هذه الموضوعات . ولا بد أن يكون الطبيب ذا خبرة واسعة في معاملة الجمهور حتى يفرق بين الشخص الذى يتأثر بالنصيحة وبين الشخص الذى يتكلم بلا فائدة كما يطفأ أيضا على الشخص العصبي . ويمكنه أن يعرف ذلك من أول محادثة تقع مع المريض . ويجهد الطبيب ألا يأخذ مركز الواعظ والمرشد الكبير بل يجعل نفسه هو والمريض سواء بسواء . ومن الضروري معاملة الأولاد الذين يبلغ سنهم حوالى ١٥ سنة بالرفق واللين لا بالعنف والتأنيب .

وقد يندب الطبيب لحل مشكلة زوجية فكلمة صغيرة من الطبيب ربما منعت تعس أسرة طول حياتها ويحسن أن يقابل الطبيب كلا من الزوجين على حدة فإن ذلك يسرهما وبعد أن يحيط بكل ظروف المسألة يقترح مايناسب درء الخطر عنهما مفهما إياهما بأنه على الحياد التام . وبطبيعة الحال تستعمل هذه المهارة أيضا في حالة امرأة غير متروجة أو رجل غير متزوج يقيان في معاش واحد وفي اعتقادي أيضا أن كثرة الكلام في العيادة مع المرضى مفيدة جدا إذ يجد الطبيب المناسبات والظروف التى تجعل

القواعد الفنية مقبولة ومؤثرة في المرضى أنفسهم . ومن الضروري تحريم
الجماع طول مدة العلاج . وقد نجد أن أغلب عقول المرضى مشغلة بحل
مسألة عريضة عليهم وهي كيفية الاحتياط من العدوى مرة أخرى لأنهم
لا يمكنهم التباعد عن الزنا . فمع هؤلاء يلزم أن يكون الطبيب واضحاً جلياً
في قوله : بأنه لا عقاقير تعصم من العدوى باطمئنان وكل ما يوضح من الطرق
كعلاج واق لا يضمن عدم نقل العدوى لأحبائهم أو لمن كان عزيزاً
لديهم . ومن الجائز أيضاً تشجيع هؤلاء المرضى على استعمال هذا التأثير
نفسه في أصحابهم فتكون إذ ذاك حملة صغيرة ضد هذه الأمراض في حي
من الأحياء . كل ذلك لا يستغرق أكثر من خمس دقائق من وقت
الطبيب ولو فرضنا أن كل طبيب ينحو هذا النحو لكونا حملة شديدة ضد
هذه الأمراض وقمنا بواجبنا كأطباء نحو صالح الجمهور والمجتمع . فلو
استعمل طبيب الأسرة جزءاً من هذه النصائح في الوقت المناسب لكان
تأثيره أعظم من تأثير الطبيب الغريب عن الأسرة .

وقد يعترض بعضهم بضيق وقت الطبيب عن القيام بهذا العمل .
نعم إن المرضى كثيرون ولكن إذا أريد بالعيادات السرية خير يلزم زيادة
عدد الأطباء لها حتى يقوم الطبيب بالواجبين .

إذا كان رئيس العيادة السرية متصفاً بهذه الأخلاق لا يبعد عليه أن
يؤثر في مساعديه في استعمال هذه الخطة نفسها ويخلق جواً صالحاً بين
الأطباء لنشر العلاج الواقى الفنى وجعل ذلك من مبادئهم الأساسية .

ربما أكون بالغت في واجبات الطبيب ولكن غرضي الوحيد
ألا تجعل العيادة السرية مركزا للمداواة فقط ونحن يمكننا نفع الجمهور منها
بجهودات فنية أو أدبية تساعد كثيرا في تقليل نسبة انتشار هذه الأمراض
التي نئن منها الآن ويئن نسلنا من مصائبها .

رئيس الأطباء ومساعدوه

إن نجاح العيادة السرية متوقف على الصفات الخاصة للرئيس الذي
يحوى النباهة والنشاط والكياسة والذي يجب عليه أن يرى مساعديه على
علم تام بالأسلوب العادى للعلاج قبل البدء فى مباشرة وظائفهم . ويحسن أن
يجتمع الرئيس ومساعدوه بين آونة وأخرى للبحث والتكلم فى أى موضوع
خاص بالمهنة . وتكون الفائدة مزدوجة إذا أشترك فى هذا البحث أطباء
عيادات سرية أخرى ولو كان للرئيس الثقة التامة بمساعديه غير أنه يلزمه
أيضا عمل الترتيب الذى يمكنه من أن يرى كل مريض أثناء علاجه من
وقت لآخر مع حفظ استقلال المساعدين التام وبغير كل ما ذكر لا تنجح
عيادة سرية .

الفصل السابع القانون والطبيب

(التبليغ الإجبارى عن الأمراض الزهرية)

مع الاعتراف بأن الأمراض الزهرية شديدة العدوى لم تدرجها الصحة ضمن الأمراض الواجب التبليغ عنها . ومع العلم بأن الصحة لها السلطة الكافية في إدراج أسماء الأمراض المعدية كالجذري والطاعون الخ ومع وجود مواد تتحول الصحة إضافة أمراض أخرى معدية الى القائمة فلم نر وزارة الصحة في إنجلترا أو مملكة الصحة في مصر تضيف هذه الأمراض الى القائمة وذلك لاعتقادها بأن الفائدة الناتجة من التبليغ عن الأمراض الزهرية كأمراض معدية لا تساوى الضرر الناشئ عن إخفاء المرضى لأنفسهم أو تحت سيطرة الدجالين وعدم خضوعهم لعلاج فى قانونى خوفا من التبليغ .

وكذلك لا نجد مادة فى قانوننا تنص على تحريم الاعلانات غير الأدبية الخاصة بالجماع و بمرضى الزهرى والسيلان مع أننا نجد فى إنجلترا مثلا معاقبة ناشرها بالغرامة أو الحبس أو الاثنين معا .

وقد ورد فى القانون الانجليزى أيضا محاكمة كل شخص يدعى علاج هذه الأمراض الزهرية بالاعلان والنشر فى الجرائد ومنع الدجالين عن

مباشرة علاج هذه الأمراض أما عندنا هنا فنرى العجب كل يوم في الجرائد اليومية والإعلانات التي تنشر في الشوارع عن معالجة السيلان في ثلاثة أيام ومعالجة الأمراض الأخرى دون حقن أو دواء على الطريقة الأمريكية مثلا ولا تفكر مصلحة الصحة في سن القوانين لمنع هذه الإعلانات . وقد يدخل تحت هذه الإعلانات أيضا إعلانات المقويات العصبية أو الأدوية المجهزة مثل حقنة نصوحي أو غيرها مما يدعو المريض الى أن يركن اليها (وهي لا تفيده) ولا يتم شفاؤه فيصبح دائما وأبدا مركزا للعدوى .

قوانين واجب سنهم

يجب سن قانون يلزم الأشخاص المصابين بهذه الأمراض بالاستمرار في العلاج الوقت الكافي حتى يحصلوا على الشفاء التام تحت مباشرة طبيب خاص بهذه الأمراض وأنا أعلم أن هذا لا يمكن عمله قبل الاكثار من افتتاح العيادات السرية الخيرية في طول البلاد وعرضها حتى يتيسر لهؤلاء المرضى تنفيذ القوانين سواء تحت عناية طبيهم الخاص أو في هذه العيادات (مع حفظ كل هذه المعلومات سرا مكتوما لدى الطبيب وينص بالعقاب الصارم على إفشاء هذه الأسرار) .

موقف الطبيب كشاهد في المحكمة إذا دعى للشهادة

في المحاكم الانجليزية يعتبر الطبيب كشاهد عادي يجب عليه الاجابة عن كل سؤال يلقى عليه من المحكمة حتى ما يعتبر سريرا في مهنته بعكس المحامي الذي له امتياز ألا يفشى أسرار عملائه (زبائنه) مطلقا للمحكمة .

أما القانون المصرى فيجيز للطبيب عدم الإباحة بأسرار المهنة أو ما يترتب على إباحته علنا من كشف سر من الأسرار فمركزه يعادل مركز المحامى والقسيس كنص المادة ٢٦٧ عقوبات وقد ينحليه القانون الانجليزى من الاجابة اذا كان الطبيب نفسه له يد فى الإجرام فلا يمكنه والحالة هذه تقرير الحقيقة عن نفسه والا يعاقب الطبيب لأنه يعتبر كالمحتقر للمحكمة ويطالب بتعويض من الخدم الذى يرى أن شهادته فى صالحه .

وعلى الطبيب ألا يتطوع بشهادة من تلقاء نفسه للمحكمة ولا يشجع مريضا على آخر بشهادته . وفى الحقيقة ونفس الأمر ينذر جدا استدعاء طبيب لشهادة فنية خاصة بهذه الأمراض فى المحكمة . إن هذه الأمراض معتبرة سرا من الأسرار فاذا أذيع هذا السر حتى وصل الى الخصوم فالمحكمة لا تلام فى استجواب الطبيب انه ذاك لأن الأمر أصبح لا يعتبر سرا من الأسرار . أما اذا انتدب الطبيب كخبير فى قبول الطرفين فليس عليه من ضرر فى تقرير ما يراه حقيقيا وصالحا للأخذ به وبطبيعة الحال فهو يتعاطى أجرا عن ذلك .

حاشية ١

جهاز العيادة السرية

قسم الزهرى

يجب أن يكون جهاز العيادة السرية مزدوجا ليتيسر للطبيب رؤية الرجال والنساء كلا على حدته . يحسن دائما تعيين مواعيد خاصة للسيدات وأخرى للرجال إذ لا يليق أدبيا اجتماع الجنسين فى وقت واحد فى قاعات الانتظار . تقابل مرضى الزهرى فى قاعة . ومرضى السيلان فى قاعة أخرى وتخصص القاعة الثالثة للفحص وبها طبيبها الخاص . ويجب توفر الضوء الطبيعى فى الحجر خصوصا حجرة الزهرى ويحسن استعمال مصابيح نصف واط الكهربائية ويكون أحدها ملونا باللون الأزرق .

نعلم أن بعض أحوال الزهرى تشفى بسرعة فيحسن بنا تشخيص المرض فى أول زيارة للمريض ولا ننصح بالانتظار نتيجة تفاعل وازرمان نعم قد كان من نتائج الدعوة ضد هذه الأمراض اسراع المرضى فى الحضور للمداواة بأول فرصة ممكنة ولذلك نجد كثيرا من المرضى عندهم قرحة أولية مضى عليها يومان أو ثلاثة فقط . وقد نجد صعوبة كبرى فى الفصل فى تشخيص هذه الأحوال . ولكن اذا وجدت الاسبيروشيت فى قرحة أو دمل فى أعضاء

التناسل وجبت المبادرة في العلاج في الحال ومن الضروري وجود مجهر
 مجهز بجهاز خاص للاسبيروشيت يعبر عنه بالجهاز المظلم لسهولة انتحقيق
 من وجود الاسبيروشيت بواسطة . أما طرق التلوين الأخرى فغير موثوق
 بنتيجتها فضلا عن أنها تحتاج لكثير من الوقت . فيجب التمرن على
 البحث عن الاسبيروشيت بواسطة الجهاز المظلم وترك اختيار نوع المجهر
 الى الطبيب الباثولوجي ويجب أن يرتب له الضوء بطريقة خاصة . ويجب
 ثلاثي الأشعة عند نقطة واحدة على السطح المنحدر للمرأة التي بأسف المجهر
 لكي تتعرف وهي متوازية بعضها لبعض على القطعة المراد فحصها تحت
 المجهر ويستغرق كل فحص عشرين دقيقة من الطبيب المتمرن حتى اذا
 كانت النتيجة سلبية يجب تكرار الفحص ثانيا وثالثا في الأيام التالية دون
 استعمال أى مطهر موضعي في كل هذه المدة . فاذا عززت النتيجة الأولى
 بنتيجتين سلبيتين صار علينا اعتبار الحالة غير زهرية ، إنما يجب إبقاء
 المريض تحت الملاحظة لمدة ثلاثة أشهر ويحسن البحث عن تفاعل
 وازرمان بين وقت وآخر في هذه المدة (مربعين أو ثلاث مرات) . ومن
 هنا نرى أهمية وجود طبيب باثولوجي خاص للعيادة . نعم قد يحدث
 ألا توجد أحوال تستدعي الفحص لمدة طويلة . فيشتغل هذا الطبيب
 بفحص البول والإفراز لمعرفة الجونوكوك وتفاعل وازرمان من المرضى
 القدماء واذا كانت العيادة ملتحقة بمدرسة الطب مثلا فالواجب السماح
 للطلبة بعمل الحقن الزئبقية وأما الحقن الزئبقية فيجب دائما عملها
 بواسطة طبيب متمرن .

الآلات

يجب أن يكون بالعيادة :

(١) حاقنة زجاجية تسع سنتيمترا الى سنتيمترين مكعبين للحقن
الرئيسى :

(٢) وأخرى من الزجاج أيضا تسع عشرة سنتيمترات مكعبة
للحقن الزرنيجية . ولا حاجة للقول بأنه يجب تعقيم هذه الحاقنة قبل
استعمالها ثم غسلها بالماء البارد بعد الاستعمال للتحقق من إزالة آثار الدواء
المحقون منه . ثم تغلى قبل استعمالها مرة ثانية وهكذا . ويجب غلى الإبر
فى إناء على حدة بمحلول الحمض فنك بنسبة $\frac{1}{2} \%$ الى 5% ثم توضع
فى كحول نقى ثم فى ماء مقطر معقم قبل استعمالها مباشرة وبذا لا تصدأ .
وتغلى بعد الاستعمال أيضا وتجفف بفوطة وتدهن بالفازلين البسيط قبل
حفظها .

ويذاب الدواء فى ماء دافئ حديث التقطير والتعقيم محفوظ فى زجاج
صغير الحجم له فم واسع (بحيث يسمح بإدخال فم الحاقنة فى داخله) .
ويحسن بنا تذكير الطبيب بأن المستحضرات الزرنيجية تتحلل فى وقت
قصير بعد إذابتها ولذا يجب عدم إذابتها إلا لحظة حقنها . ويجب أن
يستلقى المريض على ظهره فوق منضدة خاصة لذلك وقت العمل .
يلزم رباط من المطاط العساذى لربط الذراع به فتمتلئ الأوردة
وتظهر بسهولة .

يلزم أن يكون بالعيادة أدوية دافعة للتسمم الزرنيخى . وإذا حصل تسرب من المحلول تحت الجلد فيجب تخفيفه بحقن كمية من المحلول الملحي المعقم . واستعمل ضمادات الماء الساخنة مرة فى كل ساعة .

ويحقن بأربع نقط من الادرنالين وكمية من المحلول الملحي فى المستقيم فى حالة الاغماء أو الصدمة .

وينصح بعضهم باستعمال حقنة الاترامين فى الآلية لاحتوائها على الكبريت لمقاومة الصدمة والاغماء فى الأحوال الزرنيخية ونوصى بعملها أيضا فى التسمم الزئبقى .

كشف المعدات اللازمة للعيادة

(١) منضبة .

(٢) حافلات زجاجية سعة ستيمتر الى اثنين وخمسة وعشرة ستيمترات وإبر نمرة ٥٠ × ١٠ ر ١ بالمقياس الانكليزى .

(٣) مجهر بعدسة قوة $\frac{1}{13}$ وجهاز للضوء المظلم .

(٤) تركيب للضوء المتناسب معه .

(٥) كمية كبيرة من الحقن الزرنيخية من أنواعها المتعددة .

(٦) كمية من العقاقير الدافعة للتسمم الزرنيخى والزرنيخ مثل المحلول الملحي الادرنالين . الاترامين . الاستركتين . الكافور . الخ

(٧) زجاج أوفنجانات معقمة وماء مقطر معقم لإذابة المحلول فيها .

(٨) رباط من المطاط .

(٩) كمية من أنابيب الاختبار لأخذ أمثلة الدم بها وممصنات

زجاجية منمرة وغير منمرة .

(١٠) شرائح (ألواح صغيرة) من الزجاج للفحص الميكروسكوبى

وخصوصا النوع المسمى بذات الحفرة .

(١١) سلك بلاتين .

(١٢) حبر صينى والأدوية الأخرى اللازمة لبحث تفاعل الدم .

(١٣) جهاز الرحم .

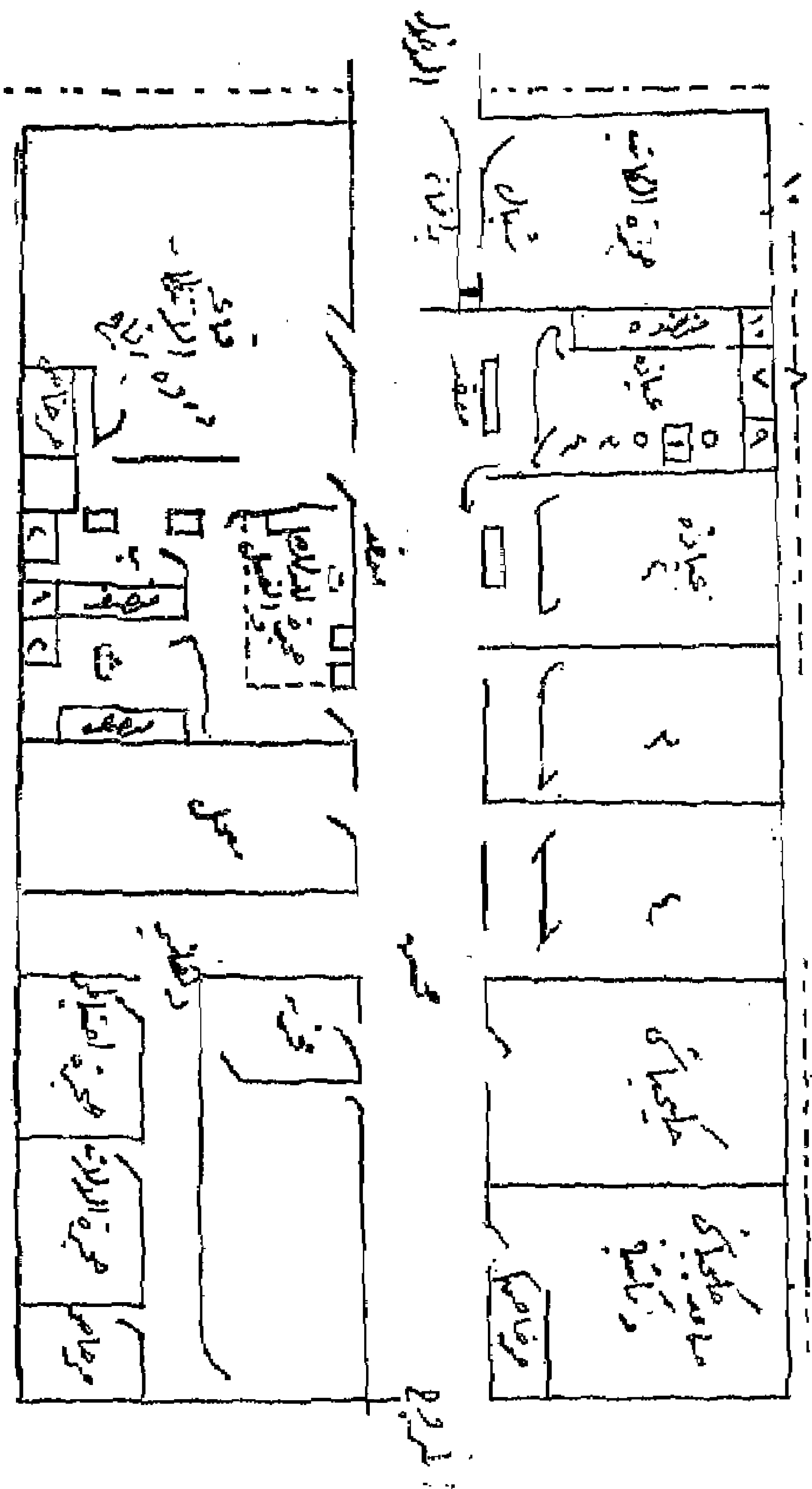
حاشية نمرة ٢

ترتيب وجهاز العيادة الزهرية لمرضى السيلان المذكور سواء كانت تصميميا لبناء جديد أو كان إصلاحا لبناء قديم يلزم أن يتوفر فيه الضوء والتهوية والماء الكافي مع سعة المساحة ولنفرض وصف المحل المعد لاستقبال مائة مريض في كل عيادة .

يلزم أن تكون قاعة الانتظار كبيرة جدا وبها التهوية الكافية والمقاعد المريحة خوفا من التراحم والاختلاط غير المرغوب فيه ، ويحسن تخصيص محل خاص للأولاد (سن ١٥ سنة) وتبلغ مساحة هذه القاعة ستة أمتار في خمسة ويكون لهذه القاعة مدخل على المتر العمومي ومدخل آخر للمحل العيادة وبه أربع مناضد لاستقبال المرضى ويمكن عمل ستار فيه لحجز بعض المرضى للانتظار .

محتويات كل حجرة صغيرة هي : (١) مقعد للمريض وآخر للطبيب (٢) حامل شماعة لتعليق ملابس المريض (٣) منضدة وبجانبا حاقنة معلقة للغسل (٤) رفان عليهما بعض المحلولات اللازمة (٥) صنبور وتحتة حوض ببالوعة (٦) معلق في الحائط الريوشات (٨) صوان (دولاب) صغير للآلات البسيطة (٩) منضدة صغيرة وعليها المجهر وبعض سوائل التلوين (١٠) رف صغير وعليه مصباح لغاز الاستصباح (ان أمكن) ومغلاة (غلاية) لتعقيم القساطر والمجسات وغيرها (١١) منضدة صغيرة

—



وعليها بعض من القطن المعقم وبجانبيها دلو (جردل) للتقاذورات
(١٢) كاسات نظيفة من الزجاج للتبول . وفي داخل هذه الحجرة ثلاث
حجر صغيرة للغسل والتدليك وبكل منها حامل (شماعة) صغيرة للملابس
وصنبور وبالوعة ومنضدة صغيرة .

حجرة التوسيع

إذا كان بالعيادة اثنان من المساعدين يحسن تخصيص أحدهما
للتوسيع لمدة ستة أشهر بحيث يمكنه أن يتتبع حالة المريض من أولها
إلى آخرها . نعلم أن نسبة السيالان المزمّن المصحوب بضيق بين المرضى
كبيرة ، ونعلم أن شهرة العيادة وحسن سمعتها مرتكز على نتائجها ، فإذا لم
تعط العيادة الخاصة بالتوسيع لرقابة شخص معين لمدة كبيرة كانت النتائج
لغير صالح المرضى ولا من صالح العيادة . وأن التمرن الذي يحوزه الطبيب
من كثرة مراقبة أحوال الضيق تفيد المرضى الآخرين كثيرا . ولا أغالى
إذا قلت إنه يجب على طبيب التوسيع أن يتمرّن مدة شهر على الأقل مع
الطبيب القديم قبل أن يُجعل مراقبا لحجرة التوسيع ، ولا بد لرئيس أطباء
العيادة من مراقبة حجرة مرضى المضايق مراقبة دقيقة لأننا لا نجهل
أن بعض الأطباء عندهم قسوة والبعض قد لا يعتنى بتأدية عمله ولا شك
أن هذين النوعين يسوءان كثيرا سمعة العيادة ويدعوان إلى انفضاض
المرضى من حولها .

أما اعتقادي الشخصي فهو أن كل مساعد يتتبع حالة مريضه في أى درجة كانت ولا أرى تخصيص مساعد واحد لحجرة التوسيع والزامه بهذا العمل . وبقليل من النظام يمكن للرئيس أن يراقب أعمال الأطباء المستجدين من وقت لآخر في علاج مرضاهم خصوصا حينما يستلزم الحال التوسيع . فالمسألة هيئة اذا فرضنا أن مائة مريض يحضرون في عيادة بعد الظهر مثلا وبالعيادة ثلاثة من الأطباء فعلى الراجح لا يخص كل طبيب أكثر من ستة مرضى محتاجين الى التوسيع ويحسن أن يعين رئيس العيادة وقتا خاصا لاجراء هذا التوسيع حيث يتيسر له الإشراف عليه .

حجرة رئيس الأطباء

ترى في الرسم عند انتهاء العيادة فيلزم أن يكون بابها مفتوحا دائما لاستقبال أى مريض وأن تكون صحبته طبيبه لاعطاء الارشاد اللازم للطبيب وللرئيس أن يعمل النظام اللازم بحيث يتيسر له رؤية كل مريض بين آونة وأخرى .

إن معدات وجهازات المعمل المعدة للفحص الكلى ليست من خصائص هذا الكتاب ويحسن إيجاد معمل كامل في داخل العيادة السرية واذا كان هذا غير متيسر فلا بأس من إيجاد الأشياء البسيطة التي تجهز بها الأمثلة (العينات) لارسالها الى المعمل الخاص .

معدات حجرة صغيرة بالعيادة

- (١) منضدة خاصة للكشف كما هي موضحة بالشكل .
 - (٢) منضدة صغيرة للكتابة ومعها كرسيان .
 - (٣) صنبور للماء الساخن والبارد مركب على حوض به بالوعة .
 - (٤) رف صغير من الزجاج وعليه صحن صغير به مباءعدان (موسعان) أحدهما مستقيم والآخر منحنٍ . محاولات أدوية مركزة مثل برمنجانات البوتاسيوم بنسبة ٥٪ . نترات الفضة بنسبة ٢٪ . زنك برمنجانات بنسبة ٥٪ . أكسي سيانور الزئبق بنسبة ٥٪ . حمض خليك مركز . صبغة يود . محلول كوكاين أو نوفوكين بنسبة ٢٪ . مرهم زئبق ٣٠٪ . فازيلين بسيط . زيت خروع . حمض بوريك . كأس مدرج صغير . أربع كاسات للتبول . بودة طباشير لاستعمال القفاز من المطاط .
 - (٥) جهاز كامل لفحص البول .
 - (٦) مجهر ويحمله زيت الأرز . صبغة المتباين . سلك بلاتيني .
- أنايب اختبار لأجل الزرع كل ذلك فوق منضدة خاصة وفي درج لهذه المنضدة نضع شرائح من الزجاج وأوراقا مرسومة (إتكيت) وقياسا للحرارة (ترمومترا) وأسفل هذه المنضدة نضع إبريقين من الصاج وحوضين على شكل الكلي من الصاج أيضا .
- (٧) رف خاص للغلاة (الغلاية) ومصباح غاز الاستصباح أو الكهرباء .

(٨) حاقنة من الزجاج سعة لترين أو أكثر معاقمة على الحائط للغسل .

(٩) منضدة الآلات وعليها صحن من الزجاج وبه الآلات ومباسم زجاجية .

(١٠) وفي درجها قفاز من المطاط ، أربطة من القماش ، لنت ، أصابع من المطاط للتدليك ، قطن ، خرقة من القماش الخ

(١١) قنطرة المنظار الكهربائي لفحص المجرى بجميع معداته .
علبة بها المحسسات اللازمة ، موسع كولمن (المستقيم والمنحني) ، قساطر من الصمغ بمقاييس مختلفة .

(١٢) حاقنة للتقطير ، مشارط ، جفوت ماسكة ، جفوت شريانية ، مقص ، خافض للسان من الخشب (وهو الأفضل) أو الزجاج ، آلة للبلل ، حاقنة زجاج للحقن تحت الجلد مع إبرها .

حجرة علاج الضيق

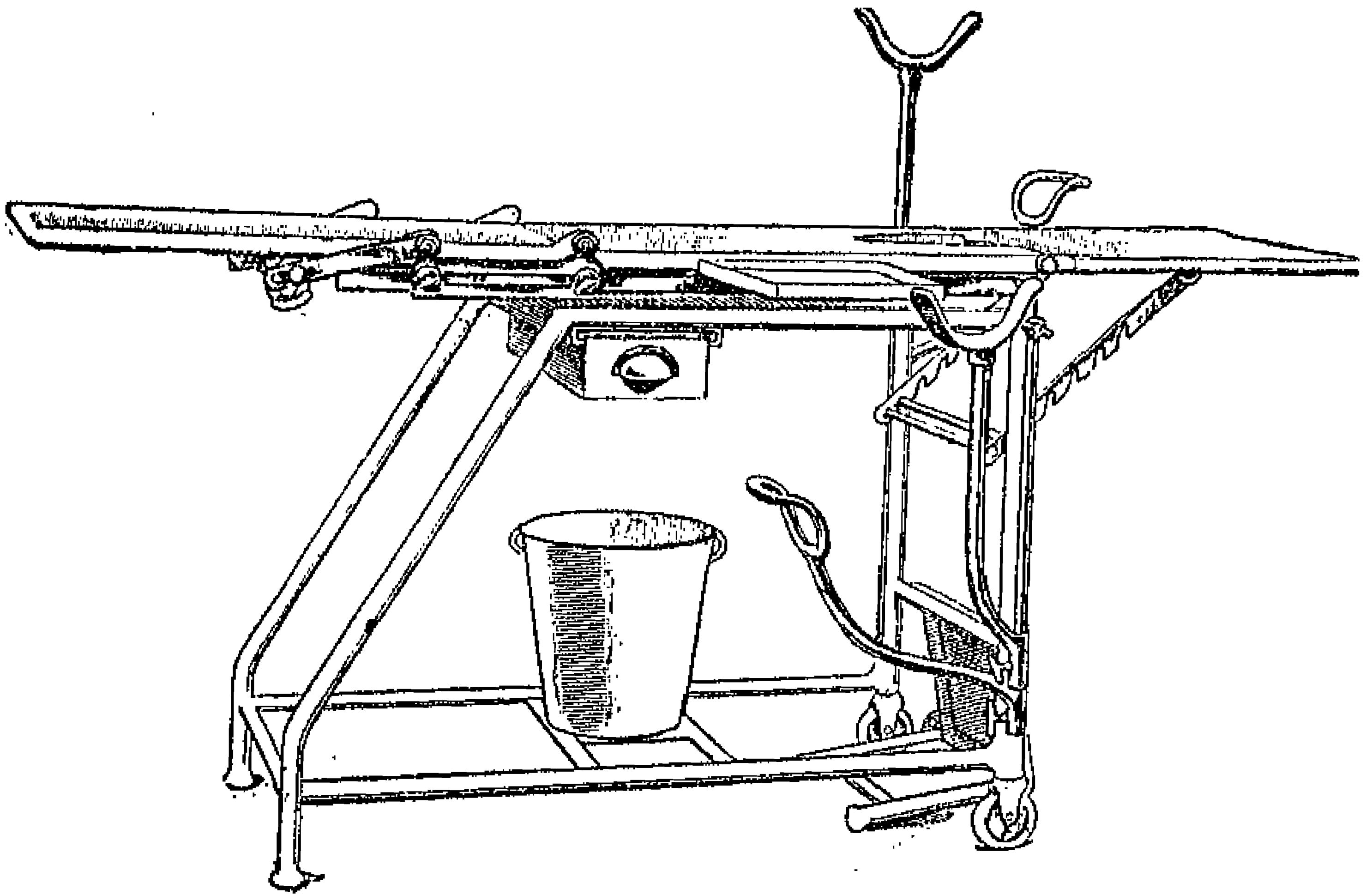
في حالة تخصيص حجرة خاصة لعلاج الضيق يجب أن يكون بها عدد كبير من القساطر والمحسسات ومغلاة كبيرة للتعقيم وربما استدعت الحالة وجود منظار مجرى كهربائي .

ويجب ملاحظة أن المريض يحضر للطبيب الذي يعودده نفسه كل مرة وذلك لمصلحة المريض والطبيب معا فبذلك يعرف الطبيب ما قد يطرأ على مريضه من اعراض فيستشير الرئيس فيما طرأ عليه الخ .

منضدة تستعمل للرجال والسيدات

(شكل ٢٠)

تمتاز هذه المنضدة بمئاتها وسهولة وضعها للأشكال المختلفة وأيضا يمكننا فحص المريض بالوضع العجائى وبالانكباب على الوجه . ولحقن فى الوريد . لعلاج المرضى بالسيلان من الرجال . لفحص وعلاج مرضى السيدات سواء كن مريضات بالزهرى أو السيلان . لها درج خاص يمكننا سحبه من الجهتين ويوضع به بعض ما يلزم للعلاج الخ .



(شكل ٢٠)

منضدة تستعمل للرجال

حاشية نمرة ٣

جهاز العيادة السرية لمرضى السيالان من السيدات

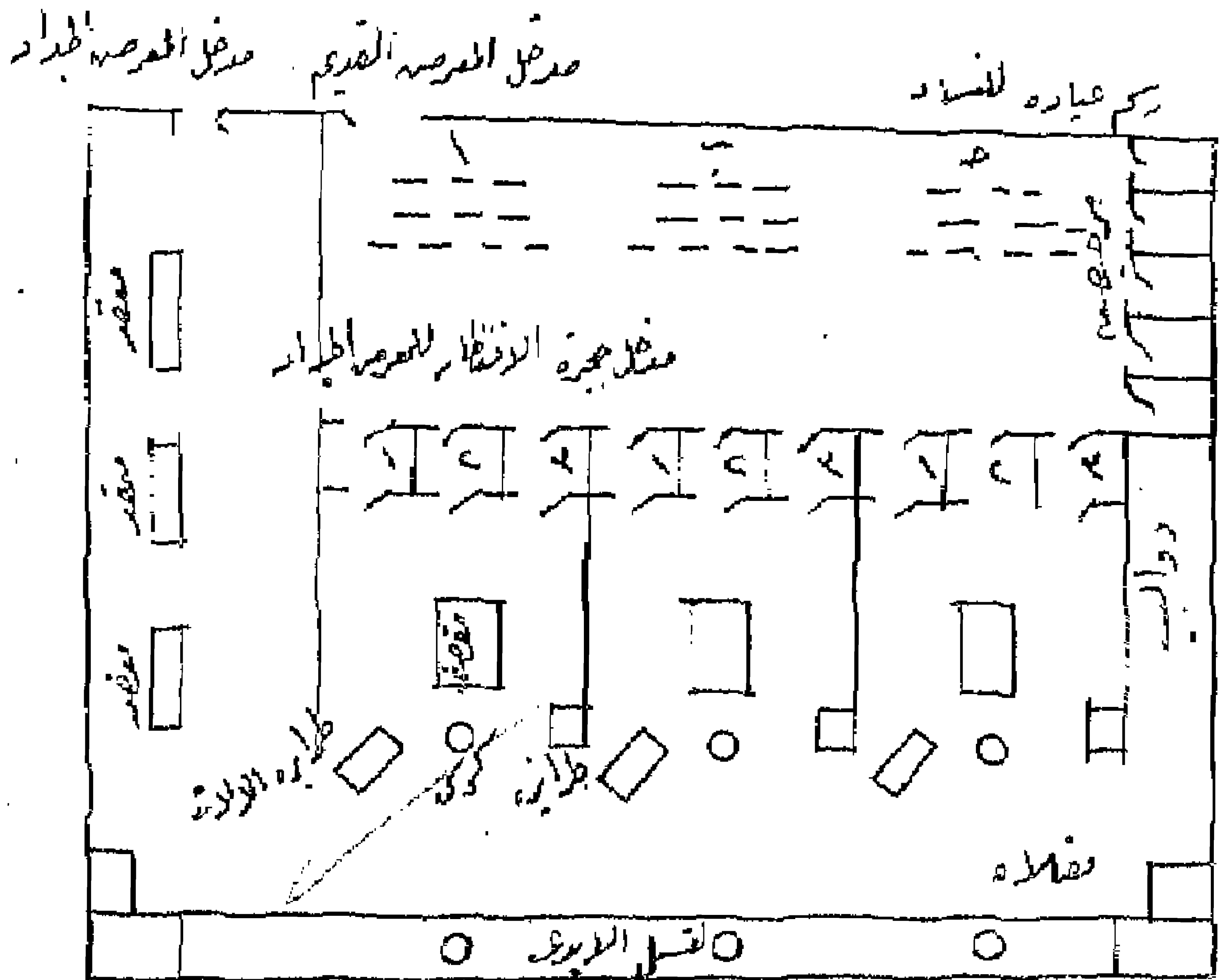
يلزمنا مراعاة النقاط الآتية في فرع مرضى السيالان من السيدات :

(١) حجرة العيادة وتنسيقها .

(٢) الآلات وما يتبعها من الأدوات .

(٣) يحسن تقسيم الحجرة الى حجر صغيرة بقواطع بقدر ما يسمح به حجمها . وفي كل حجرة صغيرة يحسن وضع منضدة للعلاج وجهاز لعمل الدوش . ولأجل عدم ضياع الوقت يلزم المتروضة إحضار المريضة في حجرة ماثلاً حينما يكون الطبيب مشغولاً بفحص مريضة أخرى في الحجرة التالية وهكذا ولا بأس من إيجاد ممر طويل في الحجرة يكون كاشفاً كل حجرات كما توى في الرسم . ويحسن أن يوجد حوض لغسل يده الوتعة أمام كل حجرة ليتيسر للمريضة قضاء حاجتها . ويحسن أن يكون وضع المغلاة وبعض الأدوات اللازمة قريباً وقد تسمع شكاية المريض في نفس الحجرة أو في حجرة صغيرة خاصة بجانبها . ففي هذا ترى استعداداً لثلاثة من الأطباء وبها كبيراً (صالة) للانتظار مقسمة الى ثلاثة أمكنة بحيث تأخذ كل مريضة مكانها في استراحة طبيبها الخاص . إعداد واحدة واثنين وثلاث من الحجرات الصغيرة لخلع الملابس ولبسها فيها فمثلاً يكون المريضة

تحتاج ملائمتها في فترة (١) تكون الأخرى تلبس ملابسها في فترة (٢) وتكون فترة (٣) خالية ومريضها فوق المنضدة للفحص ، وحينئذ تنتهي المريضة بعد لبس ملابسها تحمل مكانها أخرى من قاعة الانتظار والغرض من ذلك راحة المرضى وإعطائهم الوقت الكافي لللبس والخلع .

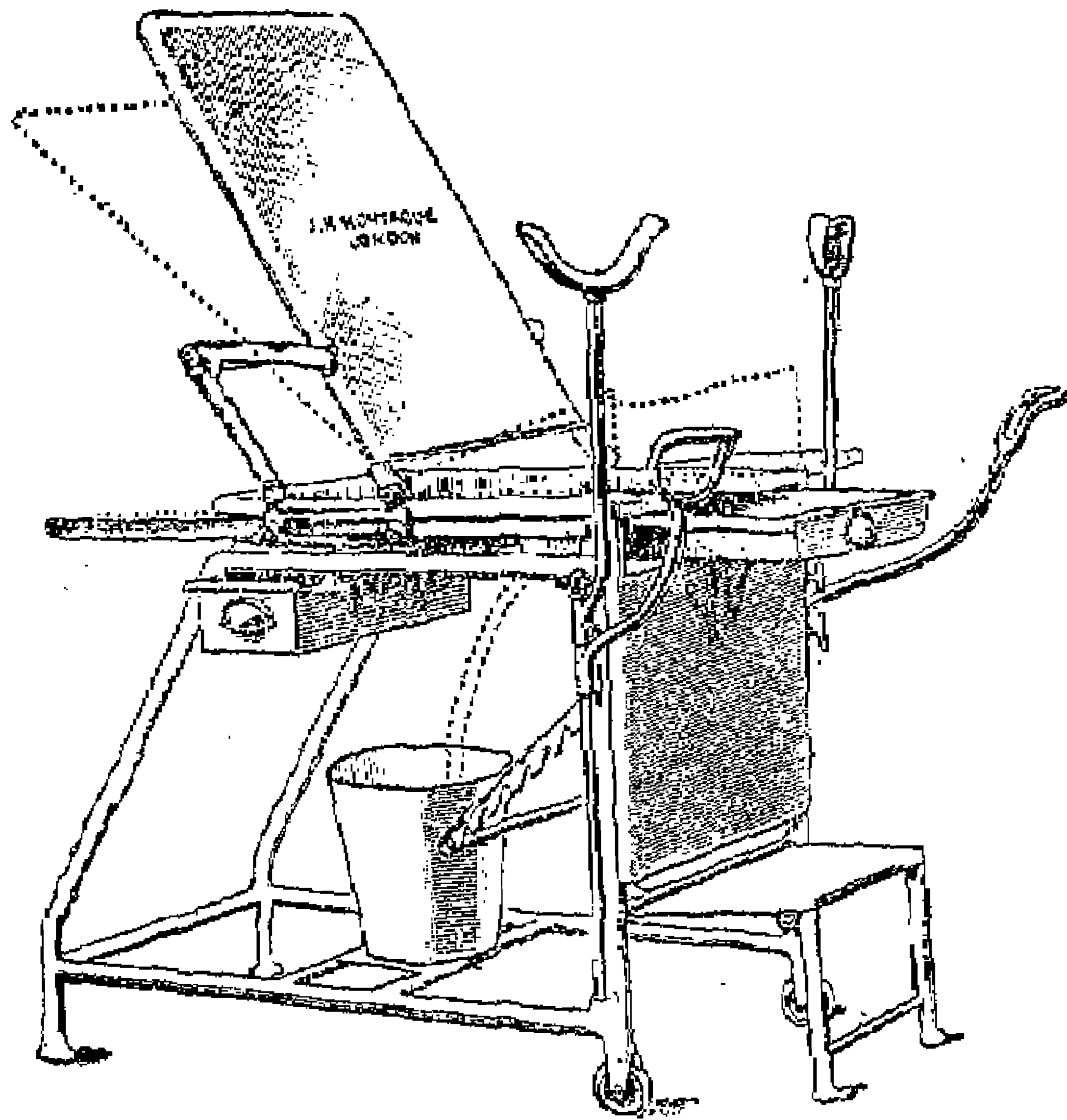


(شكل ٢١)

وتحتاج هذه العبادة الى الآلات والمعدات الآتية :

- (١) منضدة للفحص وهي المنضدة نفسها التي أوصفناها للرجال غير أن هذه لا بد أن يكون مقعدها متحركاً لأسفل وأعلى ليتيسر لنا فحص

المهبل بسهولة . ويلاحظ أن تكون هذه المنضدة متوسطة الارتفاع لكي يمكن الطبيب مباشرة علاجه كيفما يشاء من قيام أو جلوس .

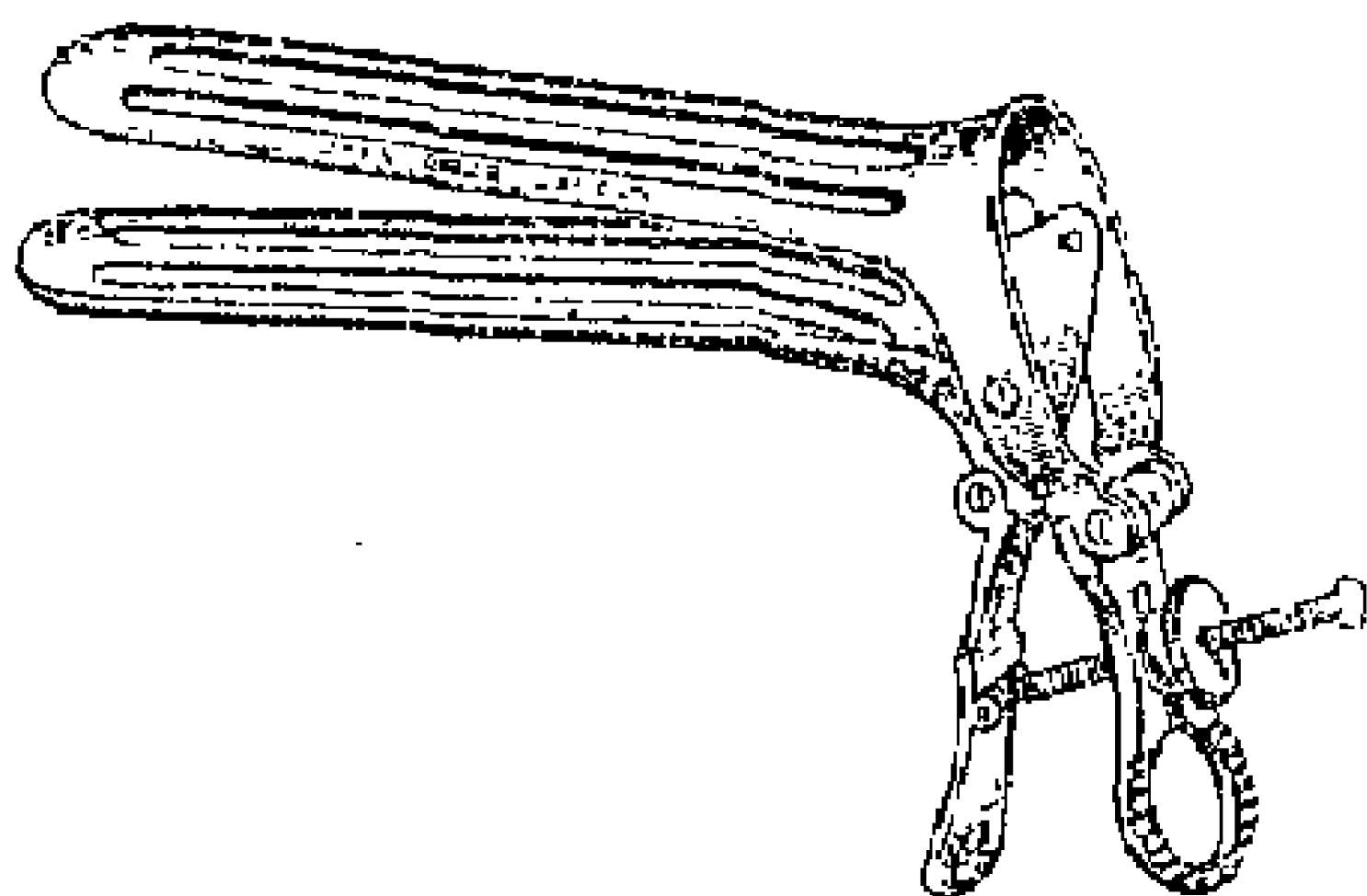


(شكل ٢٢) منضدة لفحص وعلاج السيدات

ويحسن فرش فوطة من المطاط فوق المقعد تغير وتغسل بعد كل مريضة .

(٢) الحائض الرجائية لمعلقة في الحائط للغسل . مباسم . أقارب من المطاط . يحسن استعمال مباسم من الزجاج لسهولة تعقيمها ونظافتها وكذا قساطر من الزجاج أيضا خصوصا في الأطفال .

(٣) المنظار — يحسن استعمال المنظار المهبل الموضح بالشكل (نمرة ٢٣) خصوصا في حالة علاج السيلان ويكون من المعدن لا من الزجاج اتقاء

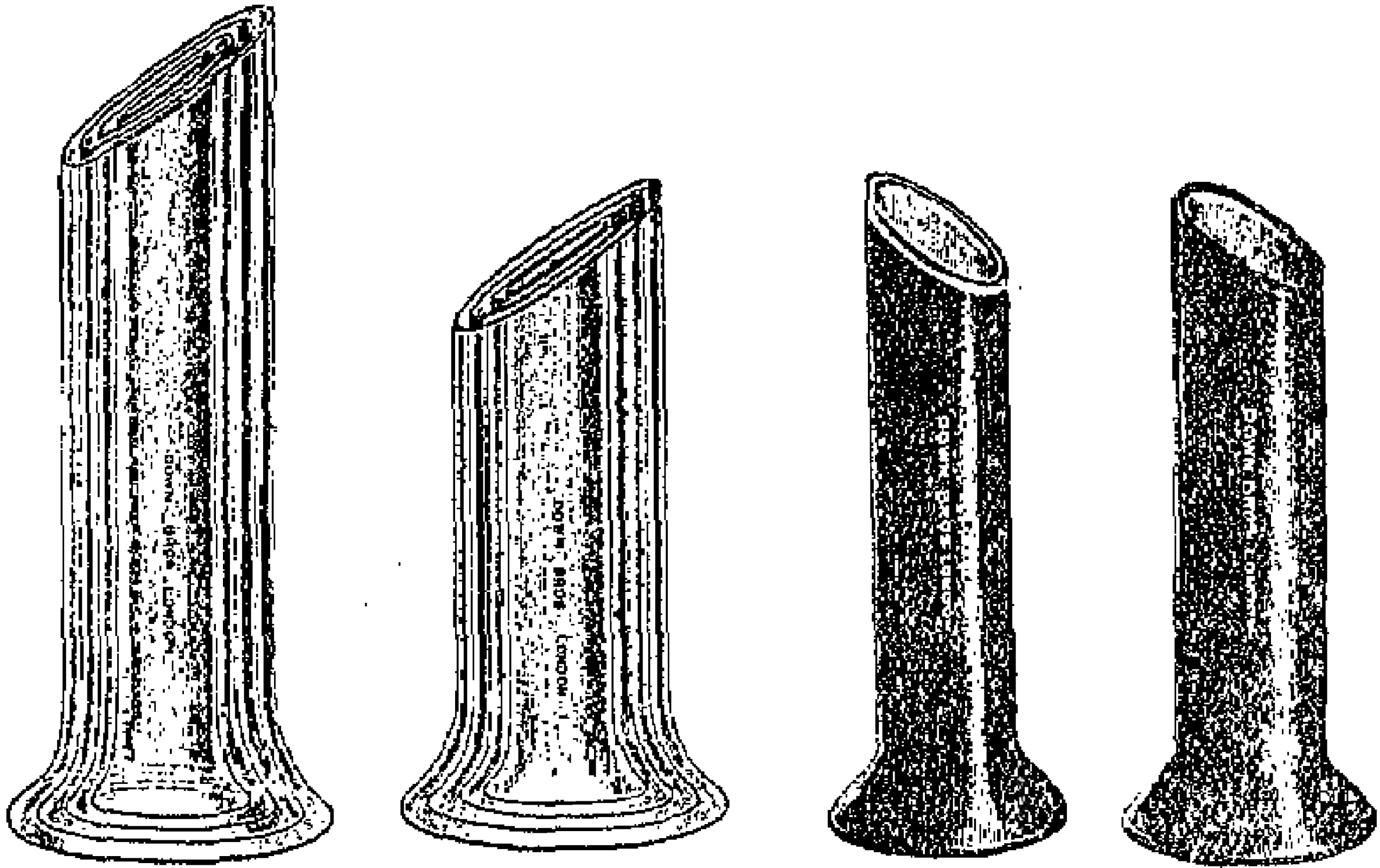


(شكل ٢٣) منظار شياكي

لكسره وإصابة المريضة . ولكن بعض الاطباء يفضل استعمال منظار من الزجاج لسهولة نظافته ولكونه يضيء المهبل أكثر من المنظار المعدني . وأيضا لوجوده بأحجام مختلفة حسب الطلب . والمنظار المهبل الموضح في الشكل (نمرة ٢٤) منظار فرجوسون . منظار كسكو شكل (نمرة ٢٥) يحسن لمعالجة القروح وعنق الرحم ويوجد أيضا منظار مجرى لكشف قناة مجرى البول .

(٤) حامل لاسفنجة وهناك أنواع كثيرة مصنوعة من المعدن غير أني أمتصوب استعمال عصي رقيقة من الخشب فأنها رخيصة الثمن وتستعمل مرة واحدة

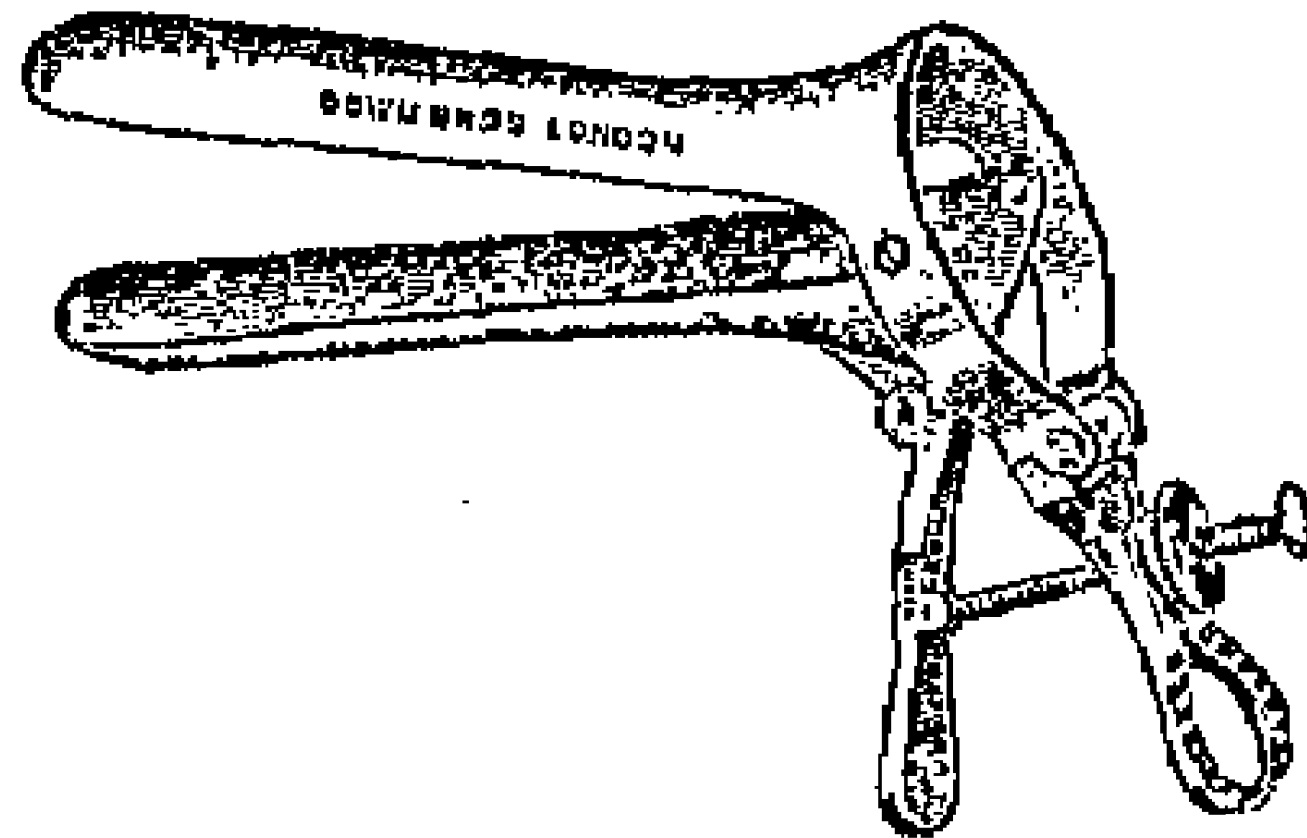
(٥) مسبر من المعدن . أفضل أيضا استعمال العصي عوضا عنه لسهولة ونظافتها مع لف آخره بطبقة خفيفة من القطن .



(شكل ٢٤) منظار فرجوسون — زجاجي وصفي

(٦) قساطر من الزجاج تستعمل لعلاج قناة مجرى البول للنساء وعلاج المهبل في الأطفال وفي هذه الحالة تفضل كثيرا عن القساطر الصمغية .

(٧) حاقنات من الزجاج صغيرة سعة الواحدة سنتيمتر مكعب أو سنتيمتران تستعمل لحقن الفاكسين أو حقن محلول نترات الفضة في قناة إسكين أو قناة بارت الخ .



(شكل ٢٥) منظار كسكو

- (٨) إبر للحقن تحت الجلد أو في القنوات المذكورة .
- (٩) جفوت ماسكة ومشارط .
- (١٠) صوف مجهز لمعالجة السيدات ، وأرى أن لا تستعمل الأصواف المحزومة بالخيط لأن في شدتها ألماً قد يحدث التهاباً .
- (١١) صحون للآلات . أطباق من الصاج أو الصيني . وكاسات مدرجة .
- (١٢) وجود الضوء الكافي من الضروريات .
- ومن المستحسن إيجاد محبرة وقلم في كل حجرة صغيرة لتقييد ما عليه المريضة . وكذا وجود الأدوية الآتى ذكرها للاستعمال : —
- (١) محلول برمنجانات البوتاسيوم بنسبة ٥ ٪ .
- (٢) محلول البرونارجل بنسبة ١٥ ٪ الى ٢٠ ٪ .
- (٣) محلول حمض بكريك بنسبة ١ ٪ ممزوجاً بالجلسرين بنسبة ٣٣ ٪ .
- (٤) ماء أكسجين مركز بقدر ١٠ أجاجم .
- (٥) محلول التترات الزئبق الحمضي .
- (٦) محلول نترات الفضة بنسبة ١٥ ٪ .
- (٧) محلول أكتيول مع الجلسرين بنسبة ١٠ ٪ الى ٢٠ ٪ .
- (٨) سائل البوتاسيوم الكاوي النقي .

حاشية نمرة ٤

أنموذج من النصائح التي توزع على المرضى والجمهور

إن كثرة إصابات الجمهور بالأمراض الزهرية خطرة شديدة الوطأة على الأمة . وصعوبة مقاومة هذه الأمراض وحصرها تتركز على ما عمله كل شخص لنفسه من الوقاية .

فإذا علم الإنسان بأن سعادته وكال صحته وصحة زوجته وأولاده تتعرض للخطر إذا ما قرب الزنا وعلم أيضا أن المرض الذي يصيبه غالبا ينقل لزوجته وعلى الراجح لأولاده حيث يصابون بأمراض تصحبهم طول حياتهم وربما أدى بعضها للجنون أو عدم الخلفة أو ولادة أجنة فاقدة الحياة الخ إذا علم كل ذلك لا بد له أن يهجر الزنا ويقاطعه .

وليعلم أيضا أن الجماع ليس ضروريا لحفظ الصحة الجيدة . ومع الأسف أن قليلا من الناس يفهم هذه النظرية أو يقبلها . مادام الأغراء موجودا بوسائله المختلفة فكفته هي الراجعة لا محالة .

فيحسن والحالة هذه أن يفهم الجمهور كنه هذه الأمراض وطرق الوقاية منها .

الزهرى والسيلان ينشآن عن ميكروبات تنقل بالعدوى . هذه الميكروبات تكون على سطح الجلد في مبدئها فمن الضروري قتلها في هذه

الحالة . أما اذا سمح لها بالبقاء فانها تنمو وتحدث أمراضا تستلزم لعلاجها زمنا طويلا للبرء منها .

وقد وجد بعض الأطباء أن استعمال العلاج الآتى قد يكفى شر المرض : —

(١) قرص من البرمنجانات زنة ٣٠ سنتيجراما يذاب فى كوبه من الماء وتغسل به أعضاء التناسل جيدا وفى حالة وجود الغلظة (عدم الطهارة) يلزم إرجاعها للخلف وغسل الكرة والصماخ جيدا بالمحلول .

(٢) مرهم الزئبق الحلو وتركيبه كالآتى :

زئبق حلو ٣ أجزاء

لانولين ٤ »

فازلين ابيض ٢ جزآن

يدلك هذا المرهم فى أعضاء التناسل (القضيب والصفن) بعد الغسل بالمحلول السابق ذلكا جيدا لمدة أربع أو خمس دقائق مستعدا لنحو من سبعة جرامات من المرهم وليعلم أن النتيجة مترتبة على حسن العمل ودقته .

وإذا كان الانسان سكران وقت الزنا فلا يمكنه الاعتناء بعمل هذه الوقاية فضلا عن أن قوة المقاومة لاثبات الزنا تكون ضعيفة جدا ومفقودة بالمرّة .

وفى حالة عدم وجود المرهم يحسن الاكتفاء بغسل الأعضاء جيدا بالمحلول المذكور .

وفي حالة عدم عمل أى شئ مما ذكرنا يلزم المبادرة بالعرض على الطبيب قبل مضي اثنتى عشرة ساعة من وقت الجماع ليتخذ لك ما يلزم من العلاج المبكر .

وأما عند النساء فيحسن إذابة قرصين من البرمنجانات أو ما يعادل ٦٠ سنتيجراما فى لترين من الماء ويوضع فى حاقنة معلقة على الحائط ثم يغسل المهبل بواسطة الميسم ويغسل الفرج من الخارج بالمحلول جيدا . ويستعمل المرهم بتدليكك فى الفرج وفى الشفرين كما تستعمله عند الرجال . وقد اعتادت العاهرات بمصر بحث أعضاء الرجل من الظاهر قبل السماح له بالجماع . نعم إن هذه الطريقة غير وافية بالمرام ولكن بعض الشر أهون من بعضه .

حاشية نمرة ٥

طريقة بسيطة لتخفيف المحلولات المركزة الى النسبة
المرغوبة للاستعمال

إن قوة كل محلول يعبر عنها بالنسبة المئوية .
فاذا أذينا عشرة أجزاء بالميزان من جسم صلب في مائة جزء بالميزان
من سائل ما تسمى هذه النسبة عشرة في المائة .
تختلف درجة ذوبان الأجسام في السوائل باختلاف الأجسام نفسها
والسائل المراد إذابتها به .
ومن المهم معرفة درجة ذوبان العناصر الآتية في الماء المقطر لكثرة
استعمالها بالعيادة .

برمنجانات البوتاسيوم ١ في ٢٠

أوكسيد سيانور الزئبق ١ في ٢٠

نترات الفضة ٢ في ١

برمنجانات الزنك ١ في ٣

القياس المئرى

يحس أن تذاب الأجسام بالنسبة الآتية حتى يسهل علينا مضاعفاتها
وتخفيفها بسهولة :

٠,٥	
١	
١,٥	
٢	
٢,٥	كل في ١٠٠ سنتيمتر مكعب من الماء
٣	
٥	
١٠	

فيعبر عنها اذ ذاك بنصف في المائة وواحد في المائة وهكذا فاذا
أخذنا عشرين سنتيمترا مكعبا من محلول نسبة عشرة في المائة للتخفيف
في لتر فتكون نسبة ١ الى ٥٠٠ :

١٠ سنتيمتر من المحلول في لتر فنسبة ١ الى ١٠٠٠

٤ » » » » ١ الى ٢٥٠٠

٢ » » » » ١ الى ٥٠٠٠

واذا أخذنا من محلول مركز مثلا بنسبة ١ الى ٢٠ أو ٥ %

٤ سنتيمترا مكعبا الى لتر فتكون نسبته ١ الى ٥٠٠

٢٠ » » » » ١ الى ١٠٠

٨ » » » » ١ الى ٢٥٠٠

٤ » » » » ١ الى ٥٠٠٠ الخ

وإذا أخذنا من محلول نسبته ٤ ٪ فتكون :

٥٠	منتعنا مكعبا الى لتر ونسبتها	١	الى ٥٠٠
٢٥	» » » »	١	الى ١٠٠٠
١٠	» » » »	١	الى ٢٥٠٠
٥	» » » »	١	الى ٥٠٠٠ الخ .

وقد ذكرت النسبة المترية فقط لشيوعها في مصر .

خاتمة

فى الإلغاء والترخيص

يعتقد الكثير منا أن لفظ الإلغاء المقصود منه إلغاء الدعاية والحقيقة أن المقصود منه هو إلغاء القوانين والنظام الشرطى والترخيص والاعتراف بالدعاية . فالذين يجبدون الالغاء يقاومون كل الأوامر الحكومية الخاصة به وكذلك أيضا الكشف على العاهرات وما يستلزم ذلك من اللوائح والقوانين و بمزيد الأسف فإن المشايعين لفكرة الترخيص يعتقدون أنه اذا ذهب الترخيص ونظامه لا يجبدون من القوانين ما يمنع انتشار الدعاية . ولا بد لنا من الايضاح بأن الالغاء ليس الغرض منه ترك العاهرات وشأنهن وعدم الاعتراف بهن فقط وإنما الغرض منه هو جعل مرتكب الدعاية فى حكم المتشردين كما يكون الحال فى السكران أو متعاطى الأفيون فالقانون ينظر الى المرأة التى تتخذ الدعاية صناعة بنفس العين التى ينظر بها الى الرجل الذى يشاركها فيها فاذا كان الاثنان لا يرتكبان أى مخالفة عمومية تضر بصالح الغير أثناء ارتكابهما الفحش فلا حرج عليهما فى ذلك ولا تداخل للحكومة فى أمرهما .

أما اذا أخلا بالآداب أو حصلت منهما مخالفة للنظام أو مضايقة للجيران أو اتهم أحدهما الآخر بنقل العدوى اليه كما فى بعض الممالك

فيتم حيفته دخول الحكومة في الأمر كما تدخل في أي أمر آخر لحفظ النظام أو المحافظة على الصحة .

وفي باريس ولندن وبلاد المجر والدانيمارك لا يعتبر الفحش جريمة ولو ارتكب بأجر . حتى في ألمانيا التي بها قوانين تعتبر المرأة التي تأتي الفحش دون الترخيص لها به مذنبه يتدخل هناك في مسألة الدعارة فقط بحجة المحافظة على الآداب . والترخيص وعدمه سيان مع وجود فريقين عظيمين ففي البلاد المشايعة للترخيص تعامل العاهرات الرسميات معاملة خاصة خلافا لغيرهن . وفي البلاد التي بها الإلغاء تعامل جميع العاهرات معاملة واحدة وفي الأولى المشايعة ربما نجد ما ترتكبه المرأة الرسمية في بعض أفعالها يعتبر مخالفة ضد القانون بخلاف ما إذا ارتكبه امرأة أخرى غير مرخص لها بالدعارة فإذا كان المشي في الشوارع (بالطريقة المعمودة) ممنوعا للواحدة فبالطبع يكون ممنوعا للجميع وإذا كانت المواخير غير مصرح بها فعندم التصريح يكون شاملا للجميع . ومن المعقول أنه لا يعترف بجواز شيء لفريق من النساء ويعتبر جرما إذا أتاه فريق آخر .

والفرق الثاني خاص بلوائح الترخيص وحفظ الصحة . ففي البلاد المشايعة للترخيص تسلب المرأة حقها كشيء طبيعي لها الحق أن تعيش وتعتبر متشردة اجتماعيا (عمومية) أما في الممالك التي بها الإلغاء فالقانون يعتبر مخالفات الآداب والنظام والصحة العامة للعاهرات بنفس الاعتبار لأي شخص آخر يرتكبها فالقانون سواء للجميع فإذا سمح للقاضي بالحكم فرأي مسألة تتعلق بشيء من هذا القبيل فيكون الحكم شاملا للجميع على

لسواء . وعلى العموم يجسد المقيم الفرصة سانحة له للدفاع عن نفسه والاستشهاد وإعادة التحقيق الخ ففي انجلترا تقف المرأة أمام قاض عادل يفهم قضيتها قبل ما يأمر بحجزها فهناك فرق بين الترخيص والإلغاء مع حفظ النظام العام والمرض .

وعند دراسة هذه المسألة يلزمنا معرفة الفرق بين الترخيص ومستلزماته من جهة والإلغاء المقيد بقوانين حفظ النظام والصحة من جهة أخرى .

ولو أن المالك المتبعة لنظام الإلغاء تعامل العاهرات بشيء من عدم الاكتراث إلا أنها لم تعدم وسيلة لمحاربة رذائله فمع اعترافها بأن الدعارة لا حرج عليها ولا عقاب نجد أنها تعامل النساء اللاتي لا صناعة لديهن كتشردات تحاكم وتعاقب على " المشي في الطريق " أو تعطيل المارة بالطلب اليهم ، أو على إدارة مأخورة أو أى شيء آخر مما يستلزمه حال المرأذ في استرسالها في صناعتها لا اكتساب قوتها من الدعارة . نحن نعرف أن العاهرة لا يمكنها مباشرة ما يستلزمه عملها بدون ارتكاب مخالفات عدة من قوانين البوليس الذي لا دخل له في جريمة الفحش حيث لا يعتبر حارسا على الأخلاق وإنما يمكنه التداخل بصفته الحارس على النظام العام وهو بلا شك كفء لإدارة عمله من هذه الوجهة .

أما قوة البوليس فلا يمكن أن تتعدى إلا أكثر من ضبط كل مخالفة تحدث ضد النظام من العاهرات . وأما الترخيص له بضبط مرتكبي الفحش فهذا مما يعرضه للريبة والرشوة وغير ذلك من ملحقات هذا الترخيص .

ينص القانون الانكليزي على "أن كل عاهرة أو أى امرأة تمشى ليلاً متباطئة ولحمة على المآزين بقصد الفحش معطلة ومنعجة إياهم" يقبض عليها بدون إنذار ويحكم عليها بغرامة أربعين شلناً أو الحبس أربعة عشر يوماً . وفي لندن نجد العاهرات عرضة لنفس هذه العقوبة ولا داعى لإثبات حصول "اللاحاح" منها ، فعند البوليس السلطة الكافية لتطهير الشوارع وكذلك عنده من السلطة ما يكفي لغلق المواخير التى يعبر عنها فى القانون بأنها المكان الذى يجتمع به اثنان — ذكر وأنثى — لإتيان الفحش سواء كان منزلاً أو جزءاً من منزل أو حجرة واحدة ولكن المنزل الذى تحتله امرأة واحدة ويزورها رجال كثيرون للغرض نفسه وكذلك المنازل أو أجزائها التى تعيش بها جملة من العاهرات لا تعتبر مواخير قانوناً .

إننا نجد معنى ماخور يشمل كل محل أعدّ للمقابلة سواء كان ذلك منزلاً أو حجرة فى فندق أو أى حجرة استؤجرت من اثنين لإقامة وقتية لإتيان الفحش . فالقانون اعتبر المواخير كمحلات مقلقة للراحة كمحلات لعب الميسر أو غيرها وقد حصل تعديل بسيط فى سنة ١٨٨٥ نص به على "أن أى شخص يدير أو يساعد فى إدارة المواخير أو يسمح للغير باستئجار جزء من منزله أو منزل تحت إدارته لإتيان الفحش" يعاقب ، وكذا ينص

القانون أيضا على ضرورة وجود الإذن بالترخيص لصالات الرقص وصالات الموسيقى والحمارات ومنازل المبيت وهذا النوع الأخير يعتبر الزاوية الأساسية والسبب المهم في استمرار الدعارة .

وهذا في لندن . ولا يختلف القانون كثيرا في مقاطعات انكلترا واسكوتلانده ففي جلاسجو مثلا ينص القانون على معاقبة كل عاهرة تعطل المسيرة بالطلب أو الإلحاح لإتيان الفحش ويستنتج من ذلك أن مسألة إلغاء البغاء في انكلترا ليس معناها ترك العاهرات وشأنهن كما يقال عن ذلك في أوروبا وإنما ذلك من وجهة أن عندها من القوانين ما يكفي لمقاومتها بطرق أخرى .

وقد أثر تشريع نروج والدانيمارك الأخير أشد تأثير في تجميد الإلغاء . فقد نص القانون في نروج على العقاب الشديد لأي شخص يدير متزلا للدعارة كما أنه أباح للجوليس القبض على النساء السكارى واللاتي يلحجن على الجمهور واللاتي يرتكبن أي شيء فحل بالآداب وكذلك كل شخص يساعد أناسا آخرين على ارتكاب الزنا بأية طريقة كانت يكون عرضة للسجن مدة سنتين .

ويشبه تشريع الدانيمارك قانون النرويج وألغى تشريع سنة ١٩٠٦ بعض مواد من قانون ١٨٦٦ وذلك بأن يعامل كل امرأة حوكت مرتين من أجل الزنا أو مستلزماته معاملة المتشردات ، أما القانون القديم فكان يتركها ونفسها ، وكذا ينص التشريع الجديد على أن كل امرأة تأتي عمدا مخالفا للآداب أو تزعم الجيران أو تضايق الجمهور تعاقب بأشد

العقاب و يمنع وجود المواخير معنا باننا وأيضا يحظر على الفنادق والقهوى استخدام أى امرأة من النسوة ذات السمعة السيئة . ولكن لا يعزب عن البال أن القانون أيضا ينص على التبليغ الاجبارى للأمراض الزهرية وإجبار المصاب بالزهرى على متابعة العلاج حتى يأذن له الطبيب بالانصراف عند ما يتحقق أنه شفى من المرض .

وينص قانون سنة ١٩١١ فى بلاد الفلمنك الخاص بالآداب على التشديد على الصغائر ويحرم الارتفاق من إفساد آخرين و يمنع النساء من الوقوف أمام النماوات وحوانيت البيرة والمشى ذهابا وإيابا فى الشوارع العمومية أو التحكك بالمارة أو المحادثة معهم أو الإشارة اليهم بما يخل بالآداب . ولا داعى للاسهاب فى ذكر البراهين العديدة التى تبرهن على صحة ما تقول وهو أن الإلغاء ليس معناه مطلقا ترك الدعارة تنمو وتنتشر أمام أعين النظام ولا بأس من ذكر أنه فى زورنخ ينص القانون على أن كل مخترض أو مساعد على الفسق يعاقب بالسجن خمس سنوات وكذلك ينص على حبس النساء اللاتى يعرضن أنفسهن للزنا ثمانية أيام .

وقد رأينا الآن أن قوانين الممالك المجيزة للإلغاء صريحة وشديدة وتسهل على البوليس أداء مهمته بأمانة ودقة خلافا لما عليه الحال فى الممالك المجيزة للإرخيص حيث لا تخلو قوانينها من التعقيد والارتباك فضلا عن أن تنفيذها موجب للرغبة والرشوة فى أغلب الأحوال وبطبيعة الحال لا يتسنى للبوليس حماية الجمهور مع خلقه من الأغراض .

إن سن القوانين في الممالك الدستورية يكون بناء على رغبة الشعب نفسه . ومن البديهي أن مستوى أخلاق الجمهور المحبذ للإلغاء أرقى وأرفع بكثير (لإعتماده على أخلاق وآداب الشعب) من الجمهور المتبع لقانون الترخيص . ولكن يلاحظ أيضا أن الجمهور في الحقيقة ونفس الأمر منقسم على نفسه في هذه المسألة فبينما هو يطلب تطهير الشوارع من جهة تراه يستقبح ويخطئ البوليس في إجراءاته القانونية في بعض الأحوال من جهة أخرى .

وحدث أنه في مرة من المرات حققت اللجنة الملكية في بريطانيا إحدى الحوادث التي أثارت عطف الجمهور على المتهم واستقبحه لإجراءات البوليس في مسألتها فوجدت أن الخطأ محصور في تسرع الجمهور بالحكم على البوليس واستهجان أعماله دون الالتفات إلى الدقيق من الحقائق في ضبطه امرأة متهمه "بالإلحاح" بطلب الفحش ورأت أيضا أنه يجب على الجمهور احترام القوانين التي سنها وقت تنفيذها نعم نحن نعلم أن ضبط واتهام فتاة صغيرة بريئة بجريمة "التعدي على الآداب" له من التأثير في نفسها ما يجعلها تفكر في الخلاص من الحياة خوفا من العار ولكنها نعلم أيضا أن ضجة الجمهور ضد البوليس أثناء تنفيذ قوانينه لها من الأثر السيئ ما يجعل البوليس يهمل واجباته نحو الجمهور .

إن تطبيق القانون بواسطة القضاء مما يهم الجمهور أيضا وقد تختلف القضية في الحكم في تهمة واحدة وقد نجد أن في هذا الاختلاف رحمة إما في تطبيقه بشدة وتضييق دائرة تفسير المواد وإما في تمطيطها كالمطاط

فلا يدخل في حكمها كثير من المخالفات مما يكون له التأثير الشديد في إجراءات البوليس المقبلة فإما بالنشديد وإما بالإهمال حسبما يحكم به القضاة .

ولنضرب لذلك مثلاً في القانون الدانيماركي فإنه يعاقب كل امرأة أخأت بالنظام أو ضايقته الجمهور أو عملت أى عمل يشتم منه رائحة العار الخ ولكن القضاة في المحاكم يصرون في هذه الأحوال على وجود شاهد إثبات وهو الذى ارتكبت الجريمة ضده قبل الحكم ضده المتهمة ولا يكتفون بما يقرره البوليس في التحقيق وحده .

إن مواد القوانين الانجليزية هي نفس المواد التى يتطلبها الجمهور والمنفذة في دوائر البوليس وليس هناك أى اختلاف في تفسير هذه المواد فمثلاً يجب على الشرطى أن يقيد بحفظته الخاصة مرة أى منزل يشتبه فيه أنه يستعمل كخاور ولا يتخذ من الاجراءات بعد ذلك سوى ما يأمره به رؤساؤه ويكون ذلك في الغالب بناء على شكوى من الجيران أو ممن يهمهم الأمر . ويعالج البوليس مسألة العاهرات في الشوارع بحزم ودقة ولكنه لا يتسداخل من غير ضرورة قصوى إلا اذا رأى أن أخلاق المرأة كانت سيئة ومضايقة للجمهور أما العاهرة التى لا تحدث عطلا في الشوارع فإنه يتركها وأمرها وهناك تعليمات وأوامر شديدة على البيوت ذات الرخص (Pensions) ألا تقبل واحدة من العاهرات للاقامة عندها .

فترى مهمة الشرطى دقيقة ومحدودة ومن البديهي أن ملاحظة تنفيذ مواد القانون في دائرة ضيقة بدقة تخالف نفس هذا التنفيذ في الدوائر الواسعة .

فإدارة الشرطة في مدينة مثل لندن التي بها ستة عشر ألف شرطي تكون بالطبع خلاف الإدارة في القرى الصغيرة فيصعب في هذه الحالة على الإدارة مراقبة تنفيذ القانون بدقة ضد العاهرات، ويسهل في الثانية تنفيذه بما يريح الجمهور وفي دائرة الانصاف والعدل، وقد يصعب على القاضي الوصول الى الحقيقة في الأولى، ويسهل على الإدارة البوليسية مراقبة الشرطي بدقة في تأدية واجباته كما يشعر القاضي براحة الضمير في النطق بالحكم عن حقيقة وعدل في الثانية ونرى أيضا أنه في لندن لا يحاول تنفيذ الأوامر من العطلة والتعقيد، فضلا عن الصعوبة الكبيرة التي يجدها الشرطي أمامه في مراقبة العاهرات نظرا لانتساع الشوارع وكثرة الميادين والمتنزهات . فكل من زار لندن مثلا يعلم ما لميدان ابطرف الأشجار من الانتساع وما به من الازدحام، فقل لي بربك كيف يتسنى للشرطي مراقبة سير العاهرات ومنعهن من " المشي " ذهابا وإيابا والتحكك بالمسيرة ومعاكستهم الى غير ذلك من مستلزمات صناعتهن . ولكن قد يلفت الجمهور نظر الشرطي من وقت لآخر الى ما قد يحدث في نقطة من نقطة فهناك ترى قوة القانون ومساعدة الجمهور للشرطي في تأدية عمله الذي يتوجب بحكم عادل قاس من القضاء . وقد شهد أناس من الذين عاشوا في لندن من منذ نصف قرن تطوّر الحياة هناك، وهم الآن يعتبرون شوارعها على ما فيها ظاهرة نقية نسبيا، وذلك لأن المستوى الخلقي للشعب ارتقى رقا كبيرا فسهل على الشرطي تأدية مهمته في تنفيذ القوانين التي لم تتغير موادها طول هذه المدة . ويدلنا على ذلك أن البوليس حرر في سنة ١٩٠١، ٢٤٠٩

مخالفات لأهـرات و ٤٢٠٦ ءى سنة ١٩٠٥ — وكل هذه المخالفات حكم فيها بأحكام عادلة رادعة .

قد سبق لنا تعريف المـاخور وهو أنه عبارة عن منزل أو جزء من منزل تسكنه جملة نساء يتاجرن بأعراضهن ويقابلن ” الزباين ” فيه على موعد سابق أو بدونـه وهذا ما يصادره بوليس لندن وهو المعروف عندنا ” بالبيت السرى ” و يصادره بوليسنا أيضا . أما اذا اتخذت إحدى النساء منزلا لها وحدها فلا مانع فى القانون الانكازى من مقابلتها لزبائنها بقصد الفحش على موعد سابق أو بدونـه وكذا الحال عندنا فى هذه المسألة فانه يمكن لأى امرأة إدخال عاتة ” زباين ” عندها دون مداخلـة البوليس بشرط ألا تضايق الجيران فان حصلت شكوى من الجيران فالبوليس يتدخل حينئذ ولا يخفى علينا أن هذه المـاخير تفتح علنا فى أى شارع فى لندن كما فى مصر تحت أسماء مستعارة مثل خياطة ، تزيين الأظافر ، تدليك عضلات الوجه ، ” أود مفروشة للايجار ” أو ذهبية أو عوامة للايجار أيضا .

ولها رجال وسطاء منتشرون حولها لـلب ” الزباين ” وأما فى الشوارع المهمة مثل شارع سليمان باشا وشارع بوند فى لندن فتفتح بأسماء محلات تجارية فى المـواعيد المحدودة للتجارة ولا يدخلها أحد إلا على يد الوسطاء أو صديق مع صديقه سبق له التردد عليها . فهذا النوع الراقى من المـاخير تؤمه الطبقات العالية وما دام لم تحصل منها مخالفات أو مشاجرات غير عادية فالبوليس هنا وهناك يتغاضى عنها ولا يتعرض لها وهو عالم بها . وقد يهاجمها البوليس بناء على شكوى أو للتـحـكك بأصحابها (عند سوء النية) ويحكم

بقفل المنزل مع غرامة لكل عاهرة ولكل "زبون" وتكثر مهاجمة هذه المنازل في مصر عادة عند استلام مأمور القسم عمله الجديد ليظهر للجمهور ولرؤسائه شدة عنايته وإهمال خلفه . وقصارى القول أنه لا يمكننا القول بأن في قدرة أى بوليس في العالم نحو هذه المواخير لأنه مهما كان القانون مستوفيا وشديدا فلا يعدم أصحاب المواخير وجود حيل غريبة لأجل التستر الشديد في إدارتها . ومع شدة مراقبة البوليس لإدارة حانات السكر في لندن فلا تزال تستخدم عددا كبيرا من العاهرات بصفة خادمات يتصيدن الزبائن منها ويتقابلن على موعد في خارجها .

فالساسة الانكليزية محصورة في مراقبة المواخير وتطهير الشوارع وحقيقة الأمر أن العاهرة لا تحصل الآن على "الزبون" إلا بكل مشقة وتحت ظروف لا تمكنها من الاختيار في الزبائن "الموافقة" ، فبطبيعة الحال يقل دخلها فتضطر للاقلاع عن هذه الصناعة وتلتمس لها موردا آخر للرزق ما دام هذا لا يقوم بأودها . ولكنى لا أسلم فنيا بصحة هذه النظرية والواقع أن ما يحصل يكون دائما ضاها . فقد رأيت نساء يتخذن العهارة صناعة هنّ ويا كان طعمية مثلا وما يشابهها ويفضلن الاستمرار فيها مع ما فى ذلك من المشاق (كالسهر والسكرانخ) على الخدمة فى المنازل أو التعيش بأى شكل آخر .

إنه بمقارنة حالة لندن الاجتماعية وهى المشايعة لقانون الإلغاء بمدن أخرى كباريس وبرلين وفيينا المشايعة للترخيص قد لا نجد فرقا كبيرا فى نسبة العاهرات ، ففى لندن لا يوجد بوليس للأخلاق يتربا بالزى الملكى

ولا متطوعون لمراقبة الأخلاق ولا القوانين الشديدة المصحفة بحق الشعب من الحرية كما نجد كل ذلك في هذه المدن الثلاث، ولكن أتى لنا ببوليس كيوليس لندن وهو الوحيد في العالم؟ وأنى لنا بأخلاق كأخلاق الشعب الانكليزي الموروثة وعاداته ورقبه بالنسبة للشعوب الأخرى؟ . إن الوسط هو الذى يحارب الدعارة لا القانون . فإذا حسن في لندن شيء ونجح فليس من الضروري أن يلقى هذا الشيء نفس هذا النجاح في المدن الأخرى فكل شعب له أخلاق وعادات ويلزمه الأخذ بالقوانين التى تناسبه والجرى عاينها خصوصا في مسألة أخلاقية كالدعارة .

إن الحالة الاجتماعية في لندن لم تبلغ بعد درجة الكمال في القوانين أو الرقى الشخصى أو التنفيذ البوليسى، وبالمقارنة بينها وبين الثلاث مدن التى ذكرناها نجد السياسة الانكليزية واحدة في مجموعها فهم يحكمون الآن على حدّ قوتهم : " فترق تسد " وكذلك في مسألة الدعارة فهم لا يودّون اجتماع العاهرات في منزل واحد حيث يشجعهنّ على الاستمرار اشتراكهن في التجارة وتعاونهنّ وإنما يسمح لهنّ باتخاذ الدعارة صناعة منفردات، كل امرأة بمفردها وهذا مؤذن بعدم نجاحها .

إن البلاد الانكليزية ممتلئة بالشركات التجارية وهى أساس نجاح انكلترا نفسها، وهناك عقيدة راسخة بعدم نجاح أى فرد في عمل يقوم به وحده، أو على الأقل لا ينجح كما يكون بإدارة شركة، ولذا يتركّون النساء يتعاطين هذه الصناعة منفردات حتى يفشان فيقلعن عنها، إن العاهرة يمكنها أن تعيش فى أى حى من أحياء لندن كما هو حالها في المدن الأخرى

ولكن نظرا لعدم إقامتها الوقت الكافي فيه فلا يمكن " الزباين الأسيخياء المبهذرون " التعرف عليها بسهولة فهي سريعة التنقل من حي الى آخر وتصطاد الزباين المسكرة حول دأرتها ولا فرق بين هذه الحالة وحالتها في المدن الأخرى حيث لا تشريع لدى البوليس يسمح له بمهاجمة امرأة تسكن وحدها " في منزلها " .

قد يرى بعضهم أن إغلاقي المواخير والتضييق عليها ربما يترتب عليها انتشار العاهرات في الشوارع بكثرة ولكن وجد أخيرا أنه كلما ضيقنا على المواخير وقفناها وأصدر القضاء أحكاما قاسية على أصحابها ومن فيها كلما زدنا الشوارع تطهيراً .

ولا بأس من ذكر شيء عن بوليس لندن وأخلاقه فقد عملت إحصائية أخيرا عن جرائم بعض أفراده وعددها يزيد على سبعة عشر ألفا فدلّت على أنه حصل في سنة ١٩١٩ ثلاث عشرة جريمة فقط خاصة بثلاثة عشر شرطيا متهمين بالتواطؤ مع العاهرات وقد رقتوا جميعا ولا شك أن هذا يدل على حسن انتقاء الأفراد وعلو أخلاقهم وفي الحقيقة إن أهم الشوارع في لندن نجد به اثنين من البوليس في نقطة واحدة ولا تبعد النقطة عن الأخرى سوى نصف وعشرين مترا فعلى فرض أن أحد الشرطة أراد أن يساعد عاهرة أو أن عاهرة أرادت أن ترشى شرطيا فلا يتيسر لها ذلك وهل في قدرتها أن ترشى في كل ثلاثين مترا اثنين من البوليس وهل تجد الأشخاص الذين يقبلون رشوتها متسللة بين نقطة وأخرى ؟ هذا محال فالعفة لا تنكر وجودها عند معظمهم ولكن النظام هو الذي يساعد على

استمرار وجودها . فالشرطي هو الحاكم للنقطة الواقف فيها فان أساء استعمال وظيفته فن ذا الذي ينجر رؤساءه عن هذه الإساءة وعن سير العاهرات في نقطته فاليقظة والتشديد وكذلك المسامحة والاهمال . موكولة إليه فنظام الإلغاء موكول الى همته وذمته وقد جاء في تقرير آخر أن في مدة قيادة السير ادوارد هنري للبوليس في لندن في مدة ثلاث سنوات لم يحقق أى شكوى شفهيًا أو تحريريًا خاصة بمواساة البوليس للعاهرات وإنه لعل يقين من أنه اذا ارتشى أحدهم من عاهرة وعلم اخوانه بذلك لا يتأخرون في التبليغ عنه ويكون نصيبه الرفق من الخدمة .

البوليس في لندن تحت إدارة وزارة الداخلية وفي البلاد الأخرى تحت إشراف لجنة المراقبة في المجالس البلدية وأعضاء هذه اللجنة على اتصال دائم بالجمهور لأن أغاب أعضائها ينتخبون منه . وقد صادف مرة أن رئيس اللجنة كان من أصحاب فابريقات الخمر فانتشرت في عهده المواخير وكثرت رخص فتح حانات السكر حيث كانت تأوى عددا ليس بالقليل من العاهرات وعند ما شعر الجمهور بخطورة الحالة وسوء الإدارة عمل على إيجاد قاعدة وهي ألا يدخل هذه اللجان أحد بصفة عضو أو رئيس يكون له أى علاقة بفابريقات الخمر أو حانات السكر في جميع أنحاء انكلترا . وللاعتدال على نزاهة البوليس واستقامته لا يرى في انكلترا حاجة إلى انشاء بوليس أدبي ملكي خاص بمراقبة العاهرات فهو يراقب مخالفة القوانين من العاهرات أو من الجمهور سواء بسواء وقد عملت إحصائيات عديدة في سنين مختلفة دلت على نجاح هذه الطريقة فعدد المواخير أخذ

في النقصان وكذلك عدد مخالفات الشوارع بالعهرات . فترى الآن العاهرة
تمشي بسرعة في الشوارع منتفخة يمينا وشمالا فتغمر بعينها مرة وتنتم بشفتيها
مرة أخرى ثم تتحدر الى عاطفة قريبة مشيرة للزبون بأن يتبعها حتى اذا
ما تبعها واتفقا اقترقا على موعد في فندق قريب أو في حجرتها وبذا يتم لها
ضيدها لا يسواه ولا تكون بذلك عرضة لمطاردة البوليس ومضايقته .

إن المواخير لم تزل ولن تزال موجودة تارة علنا وتارة من وراء ستار
والحقيقة أن الدعارة لا تمحى بتشديد القوانين وتنفيذها أو بكثرة التسامح
والتهاون فيها فاذا ما طارد ما مور قسم شبرا البيوت السرية من قسمه فتمتقل
وتحتل قسما آخر ولكنها لن تغلق ولن تمحى ، بماذا يفيد القانون في معنادى
الإجرام ! فقد روى أن بوليس ليغربول قدم للمحاكمة عاهرة ١٥٦ مرة
وكانت تسجن في أغلب المخاللات ويحكم عليها بغرامة في الباقى وعمرها
خمسون سنة ولم يردعها ذلك عن الرجوع عن صناعتها واذا رأى جماعة
العاهرات تنفذ القانون بشدة في بلد ما يهاجرن الى بلد آخر حتى اذا
ما خف الضغط في البلد الأول رجعن اليه وهكذا فلا العدد يتناقص
ولا العقاب يردع . وقد حكم مرارا بالأشغال الشاقة في استوكهلم على
العاهرات لمدة سنين ولم تردعهن صرامة القانون عن هذه الصناعة .

الكل يعلم ما للترخيص من المساوى وما للإلغاء المقيد من ترك الدعارة
وشأنها تزداد نموًا . وكم من فتيات حديثات السن يتعلمن الفسق من وراء
الستار حتى اذا ما اشتد ساعدهن يستمررن في الصناعة ومن الغريب أن قليلا
منهن قد يحدن عنها . فالإلغاء يرى أن الدعارة مباحة ، والترخيص مع ما فيه

من شدة غير واف بردها . والناس حيارى ولا يعلمون أى طريق يسلكونه والمقارنة بين الأمرين تستلزم اعتبارات خاصة لكل شعب من الشعوب وكثير من الممالك التى كانت متخذة الترخيص قانونا لها أبدت به بقانون الإلغاء المقيد ولم نر أنها خسرت شيئا فى الظاهر وربما كان عكس ذلك صحيحا أيضا .

ومع الأسف لا نجد تقريرا طبيا فنيا دقيقا يذكر لنا بدون محاباة أوجه نظر الترخيص ومزاياه وفوائده ولا الإلغاء ومحاسنه ولكننا نشاهد أن الحياة الاجتماعية فى الممالك المتبعة قانون الإلغاء متعشة وفى حياة حظ وبحاجة أكثر منها فى ممالك الترخيص . ولا غرابة فى ذلك لأن لرقى المستوى الأخلاقى فى الشعب دخلا عظيما فى ذلك .

إن الممالك التى استبدلت قانون الترخيص بالإلغاء المقيد بدأت بفعل المواخير وإبطال الكشف الطبى على العاهرات ومستلزماته .

الكل يعلم أن قفل المواخير الرسمى لا يؤثر مطلقا فى وجودها كما لا يؤثر أيضا فى انتشار الدعارة . إن حانات السكر وصالات الرقص لها القسط الأوفر فى استخدام كثير من العاهرات التى تغذى المواخير المستترة بما تحتاجه من النساء . فقوانين الترخيص أو الإلغاء ان لم تكن مستمدة روحها من روح الشعب ويقظته والبوليس وعدل القضاء وكل الأمة قلبا وقالبا فليس لها أى قوة فى تخفيف مصائب الدعارة فهى أمستردام مثلا نجد المواخير مستترة ثم أسماء منازل للمبيت (Pensions) ولها العدد الكافى من الحوزية

وبوابي الفنادق وسطاء . وقد نجد في زورينج (المتبعة قانون الالغاء) كثيرا من الحوانيت لبيع الدخان وليس بها سوى علب الدخان الخالية منه وما هي في الحقيقة إلا " أجنبية " (محل للسمسرة) للأخير . وقل أيضا عن الخانات (البارات) الأمريكية فأنها ليست سوى مرا كز لاعطاء المواعيد والمقابلة في الخارج ونجد النوع المشابه لذلك كثيرا في همبرج بألمانيا المتبعة قانون الترخيص .

ان الترخيص بالمواخير يتبعه نوع من الرق والاستعداد . حيث يرى بها " الست " (أو المدام) مدبرة الماخورة تستأجر فتيات للمدبرة وتأخذ لنفسها الأجرة على أن تحاسب العاهرة فيما بعد ذلك والحساب الغريب . أن الست تقاسم العاهرة بحق النصف نظير أجرة الحجرة والمأكل والنصف الآخر يذهب اليها أيضا سدى لدين لها صرف معظمه في شراء الملابس والدخان أو بعض المصباغ أو لطبيب الخ . ان الدين في مصر كما في البلاد الأخرى له من الفوائد أكثر من الضعف وبذا تكون العاهرة دائما وأبدا مدينة . ومهما رزقها الله من الزبائن (السقم) ولم تمرض اذا ساعدها حظها وعناية الله لا تسد ما عليها من الديون . لأنه اذا رأت الست أن إيراد الفتاة كثير فلا تعدم وسيلة في تحسين بعض الأشياء لها لا قراضها . وأما اذا رأت قلة الايراد بعد الدين أو سوء الحظ في الأمراض فما عليها إلا أن توزعها وفي الاصطلاح تبعها لست أخرى بدينها وربما زيادة . وكم من ربح جناة " الغربي " من ذلك ! ! والظاهر أن الممالك التي استبدلت الترخيص بالالغاء . مع التطور الاخلاقي العالمي الحالي لا ترجع للترخيص

ثانيا . وأن ارتفاع المستوى الأدبي لا يتناسب مع وجوده وعادة تستأجر العاهرة حجرة من منزل في حي الفقراء وقد تتخذها مركزا لزيارتها اذا آلتت ضعفا منهم أو عدم اكتراث جيرانها بأمرها وإلا فتسعى لأن تقضى لباتها في الخارج وتجعل هذه الحجرة لراحتها فقط . وكان بعض الممالك يحترم على المالك استئجار منزله لعاهرة وتشركه في المحاكمة فاحتفظت المنازل للبيت (Pensions) بالعاهرات ومن البديهي أن مسألة تأثير وجود المواخير أو عدم وجودها الرسمي هي جزء من المسألة العويصة — مسألة الدعارة — وقد وجد أيضا أن وجود المواخير أو عدم وجودها لا يؤثر مطلقا في إكثار أو تقليل مشى العاهرات في الشوارع فتقل في بعض الممالك وتكثر في البعض الآخر وذلك يتبع ما يستعمله الشرطي من الحزم أو الإهمال في تطبيق القانون .

قد ينتج عن تنفيذ الإلغاء انتشار وسكن العاهرات في كل شارع من شوارع المدينة ومضايقة العائلات الشريفة في السكن وهذه مسألة جديدة بالتفكير ويلزمنا مقابلة تقارير بعض الممالك التي استبدلت الترخيص بالإلغاء والتي تشير إلى عدم حصول شيء من ذلك عمليا ، بكثير من الحذر والحيلة وهذه هي أكبر نقط الضعف في قوانين الإلغاء المقيد . يقابلها ارتشاء البوليس وتسهيل وجود نوع من الرق في قوانين الترخيص .

إن سلاح الإلغاء هو معاملة العاهرات كمثشدات في الشوارع بعد انذارها مرة أو مرتين وقد تسجن في الثالثة انه في نظري سلاح بارد والاعتماد عليه في محاربة الدعارة حيث لا يقع فيه إلا العاهرة الغبية معناه ترك

الدعارة وشأنها ، إن المتشرد هو الشخص الذى ليس له مأوى ولا صناعة وأما العاهرة فلها مأوى وصناعة فتطبق قانون التشرد على العاهرات هو عين الخلط فى القوانين . وكثيرا ما تنفك العاهرة من القانون بادعاء أنها خادمة لامرأة عجوز فى منزلها والحقيقة أن المرأة العجوز هى حارسة وخادمة العاهرة . فالإحصائيات التى فى صالح قانون الإلغاء إحصائيات لا قيمة لها ، ومعناها الأفلاس التام فى محاربة الدعارة . وترك المسألة لنفسها .

وقد قيل أيضا : إن عدد القوادين يزداد فى الممالك التى بها قوانين الغاء ولكن الحقيقة هى أن النسبة غير متأثرة بالمترة لأن كثيرا من المواخير تبتخدم وتأوى عددا ليس بالقليل من القوادين . فكل عاهرة لها قواد يستجاب لها الزبائن ويدافع عنها عند اقتضاء الضرورة . والواقع أن مسألة القوادين هى جرثومة فساد لا يمكن استئصالها .

وقد ذكر بعضهم أن من حسنات الترخيص حصر عدد العاهرات وسير الدعارة . ولكن الإلغاء لا يمنع ذلك مطلقا فهناك إحصائيات وافية عن ذلك فى مكاتب بوليس الممالك المتخذة الإلغاء قانونا لها . إن مهمة البوليس ليست قاصرة على معرفة الأشقياء والمجرمين والمتشردين فقط وإنما يمكنه بما له من قوة التنفيذ أن يصرف الكثير من العاهرات والدعارة . أما البوليس الانجائيزى فلا يدعى نفسه معرفة شئ عن الدعارة أو عدد العاهرات فى أى بلد لأن هذا لا يهجه البحث عنه وقد يتعقب القوادين من وقت لآخر ويقامهم للمحاكمة .

ولا يجد في ذلك صعوبة . ويضع البوليس الانجليزى مراقبة شديدة على القهاوى وصالات الرقص وصالات المسكر لعلهم بالعلاقة الشديدة بينها وبين العاهرات كما أوضحنا ذلك .

إن اتباع قانون الالغاء لاشك أنه يريح البوليس من مشاغل كثيرة ويقلل نسبة الرشوة والمحاباة ونذكر هنا أيضا أن بعض الممالك المتبعة قانون الالغاء ليست محرومة من البوليس الأدبى وهو قوة عاملة في محاربة الدعارة وأما في إنجلترا فلا يوجد لهذا النوع من البوليس أثر .

وقصارى القول أن الترخيص له من ايجابا عديدة وكذلك الالغاء لا يتخلو من بعضها وكل أمة يجب أن تتبع مايناسب شعبها وأما في مصر فيجب متابعة الترخيص حتى يرتقى المستوى الأخلاقى للشعب وخصوصا البوليس وحتى تنشر في البلاد الدعاية الكافية ضد الأمراض الناشئة عن الدعارة وكذا فتح العيادات السرية في معظم بلدان القطر وبغير ذلك لا يمكننا اتباع قانون الالغاء .

وقد عرفنا فيما مضى أن الترخيص والالغاء لا يؤثران مطلقا في انتشار الأمراض السرية وعدم انتشارها بين الشعب .